

Exit from Work

Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor philosophiae
(Dr. phil.)

im Fach
Rehabilitationswissenschaften
eingereicht am

an der Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät
der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Dipl.-Päd. (Rehab.) Susanne Bartel

Präsidentin der Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr.-Ing. Dr. Sabine Kunst

Dekanin der Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftlichen Fakultät
Prof. Dr. Julia von Blumenthal

Gutachter

1. Prof. Dr. Ernst von Kardorff
2. Prof. Dr. Heike Ohlbrecht
3. Prof. Dr. Michael Wahl

Datum der Verteidigung: 26. Januar 2018

Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben

Susanne Bartel

Abstract

Gesundheitliche Problemlagen, die im Laufe des Erwerbslebens auftreten stellen die Betroffenen vor die Herausforderung, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen. Die Forschungslage zur Gefährdung von Beschäftigungsfähigkeit belegt sowohl auf internationaler Ebene als auch für Deutschland eine Vielzahl von Faktoren der Arbeitswelt, die sich belastend auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. Auch sind einzelne Variablen, die sich als förderlich auf den Rückkehrprozess in das Erwerbsleben erweisen, gut belegt. Doch in beiden Bereichen besteht weiterhin ein großer Forschungsbedarf, um über einzelne Faktoren hinaus das komplexe Bedingungsgefüge gesundheitsbedingter Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse zu verstehen. Grundlegend fehlen vertiefende Erkenntnisse über die Phasen, Merkmale und Mechanismen der Bewältigung einer ‚doppelten Brüchigkeit der Biographie‘, d. h. über die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation. Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie sollen einen Beitrag in diesem noch offenen Forschungsfeld leisten.

Das Grundanliegen dieser Studie ist es, die biographische Bewältigungsarbeit im Kontext der beruflichen Neuorientierung aufzuschlüsseln, Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben sowie deren Bedingungskonstellationen zu beschreiben. Ziel ist es, die individuellen Aushandlungsprozesse beruflicher Neuorientierung zu verstehen und in ein Verhältnis mit der Krankheitsbewältigung zu setzen. Es ist eine weitere Zieldimension dieser Studie, den Blick auf die Rückkehr in das Erwerbsleben zu richten und dabei in Ansätzen herauszuarbeiten, welche Faktoren ein Arbeiten unter bedingter Gesundheit ermöglichen oder hemmen können.

Im Zentrum der Studie stehen drei Frauen und drei Männer im Alter von 25 bis 57 Jahren, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Erhebungszeitraum von 2013 bis 2014 leitfadengestützt (episodisch-narrativ) interviewt wurden: während ihrer medizinischen Rehabilitation (t1) und erneut ca. ein Jahr später (t2). Übergreifendes Merkmal aller Fälle sind die sich anbahnenden bzw. bereits vollzogenen gesundheitsbedingten berufsbiographischen Einschnitte durch eine chronische muskuloskelettale Erkrankung und z. T. begleitet durch psychosomatische Beschwerden. Den rahmenden Forschungsstil bildete die Grounded Theory (Glaser und Strauss 1967/2010).

Im Ergebnis dieser Studie werden die komplexen Risikokonstellationen sowie der Verlauf eines gesundheitsbedingten Ausstiegs aus dem Erwerbsleben beschrieben und dabei auf die vielfältigen Bewältigungsherausforderungen dieses biografischen Bruchs eingegangen. Das entwickelte Modell der ‚Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung‘ verdichtet den Aushandlungsprozess beruflicher Neuorientierung unter ständiger Berücksichtigung der bedingten Gesundheit. Gleichzeitig geben die Ergebnisse dieser Studie Impulse für die weiterführende Fundierung der theoretischen und anwendungsbezogenen Return to Work-Ansätze.

Exit from Work. Illness-related Exit and Reorientation Processes in Work Life

Susanne Bartel

Abstract

Individuals who are suffering from a chronic disease and have to regain participation in working life are facing a double-folded challenge. Not only they have to cope with their illness but also they have to deal with a vulnerable occupational situation. International and national research on employability show a large number of risk factors in working life, which have an adverse effect on the health of employees. Also, single variables that prove to be beneficial to the return to work process are verified. However, there is still a great need for research in both areas in order to understand the complex conditions of health-related exit and reorientation processes beyond single factors. Basically, there is hardly any deepening knowledge about the phases, characteristics and mechanisms of coping with such a double-folded biographical challenge, means on coping with a vulnerable health and uncertain job-condition. The findings of the present study are intended to contribute to this research field.

The basic purpose of this study is to understand the biographical coping processes in the context of professional reorientation and to describe exit from work processes, as well as their conditions. The aim is to comprehend the individual negotiation in the course of professional reorientation and to relate it with the illness coping. It is another dimension of this study to look at return to work phases and their supporting or obstructing factors.

The study focuses on three women and three men between the ages of 25 and 57 who were interviewed (episodically-narrative) at two different points in the survey period from 2013 to 2014: during their medical rehabilitation (t1) and again about a year later (t2). The overall characteristic of all cases is the initiated or already completed health-related occupational biographical disruption caused by a chronic musculoskeletal disease partly accompanied by psychosomatic issues. This study follows the methodological approach and research style of the Grounded Theory (Glaser and Strauss 2010).

As a result of this study, the complex risk constellations as well as the trajectory of a health-related exit from work are described, focusing on the diverse coping challenges of this biographical disruption. The developed model of a "Negotiation Arena of coping with the illness and professional reorientation" summarizes the negotiation process of professional reorientation taking into account the limited health. At the same time, the results of this study provide impulses for the further foundation of theoretical and application-oriented return to work approaches.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich zunächst bei meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern bedanken, die mir über die Einblicke in ihr persönliches Leben während einer schwierigen Zeit die Möglichkeit gaben, diese Studie durchzuführen. Der Klinikleitung und der Mitarbeiterin der Sozialberatung gilt mein spezieller Dank, denn sie ermöglichten mir, die Patientinnen und Patienten für meine Studie zu gewinnen.

Ganz besonders danke ich Frau Professorin Dr. Heike Ohlbrecht und Herrn Professor Dr. Ernst von Kardorff für ihre unermüdliche Bestärkung, ihre fachlichen Impulse und letztlich für ihre langjährige persönliche Begleitung meines wissenschaftlichen Weges.

Ganz besonders danke ich meiner Familie und meinen Freunden, insbesondere Herrn Dr. Smarajit Chakravorty und Sarah Chakravorty für ihre Unterstützung, ihr Verständnis und ihre Geduld.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	11
2	FORSCHUNGSFELD UND FORSCHUNGSSTAND.....	15
2.1	Erwerbsarbeit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe	16
2.1.1	Bedeutung und Wandel von Erwerbsarbeit	16
2.1.2	Erwerbsbiographische Verläufe im Kontext von Unsicherheiten und Diskontinuitäten	22
2.2	Erwerbsarbeit und Gesundheit.....	33
2.2.1	Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung in der Erwerbsarbeit	33
2.2.2	Arbeitsmarktchancen von Menschen mit Behinderung und Maßnahmen von Teilhabsicherung	52
2.3	Gesundheit und Krankheit	75
2.3.1	Der mehrdimensionale Charakter von Gesundheit und Krankheit.....	75
2.3.2	Chronische Krankheit als biographischer Bruch.....	83
2.4	Fazit und Forschungsimpulse	95
3	ZIELE, FRAGEN UND METHODISCHER ZUGANG	106
3.1	Ziele und Fragestellungen.....	106
3.2	Qualitativer Forschungsansatz und Grounded Theory	108
3.3	Ausgangspunkt und konzeptionelle Überlegungen dieser Studie	115
3.4	Forschungsdesign	117
3.4.1	Der Interviewleitfaden	118
3.4.2	Feldzugang und Erhebungskontext.....	118
3.4.3	Forschungspraktischer Ablauf.....	119
3.5	Übersicht der interviewten Personen	120
3.6	Exemplarische Analysearbeit nach der Grounded Theory und Ergebnisdarstellung.....	122
3.7	Reflexionen der Forscherinnenrolle und des Erhebungskontextes	128
3.8	Qualitative Güte dieser Studie	129

4	ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG	132
4.1	Arbeitskonzepte als biographische Orientierung	132
4.1.1	Traditionen und Tradierung	133
4.1.1.1	Die arbeitende Familie	
	„Da hieß es arbeiten, arbeiten, arbeiten.“	133
4.1.1.2	Innerfamiliäre Parallelen und Abgrenzungen	
	„Normal wollt ich Krankenpfleger oder Rettungsassistent werden.“	137
4.1.2	Leben, Beruf und Arbeitswelt	143
4.1.2.1	Spannungsfelder und Orientierungsrahmen im Lebens- und Berufsverlauf	
	„Eigentlich möchte ich jetzt dann Kinder.“	143
4.1.2.2	Die Arbeitswelt	
	„Also ein klein wenig Risiko muss immer sein“	149
4.1.3	Zusammenfassung	160
4.2	(Berufs)biographischer Bruch	165
4.2.1	Kreisläufe des Leidens.....	165
4.2.1.1	Das Schlüsselerlebnis als Wendepunkt	
	„Mein Körper ist ausgestiegen, und zwar komplett.“	166
4.2.1.2	Strategien und Orientierungen im Krankheitsverlauf	
	„So lange du noch laufen kannst, kannst’ auch was machen.“	175
4.2.2	Leben mit der Erkrankung	183
4.2.2.1	Auswirkungen der Erkrankung auf den Lebensalltag	
	„Freizeitsport oder so ging halt gar nicht mehr.“	183
4.2.2.2	Das Selbstbild im Spiegel der Erkrankung	
	„Freunde, Bekannte, Family, die sind alle gesund.“	187
4.2.3	Zusammenfassung	199
4.3	Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen.....	204
4.3.1	Rückblick und Zukunftsentwürfe	204
4.3.1.1	Reflexionen und Lernprozesse	
	„Es muss immer so weit kommen, bis man dann mal ‘ne Einsicht sieht.“	205
4.3.1.2	Neuer Leitsatz und Zukunftsszenarien	
	„Auch mal was für mich machen.“	209
4.3.2	Rückkehr in das Arbeitsleben unter bedingter Gesundheit	219
4.3.2.1	Standortbestimmung und Aushandlungsfelder	
	„Arbeitskollegen nehmen mir fast die ganze Last ab.“	219
4.3.2.2	Rahmenbedingungen des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben	
	„Keine Chance auf Grund des Alters.“	230

4.3.2.3	Gesundheit und Gesundheitshandeln	
	„Der Eimer wird nur noch halb voll gemacht.“	243
4.3.2.4	Langfristige Lebenspläne	
	„Ich hab jetzt auch Vollerwerbsminderung beantragt.“	249
4.3.3	Zusammenfassung	255
5	DISKUSSION UND IMPULSE FÜR FORSCHUNG UND PRAXIS	265
5.1	Risikokonstellationen gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse	266
5.2	Merkmale gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse	272
5.3	Bewältigungsdimensionen des doppelten biographischen Bruchs	279
5.4	Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung.....	283
5.5	Ein erweitertes Verständnis von Return to Work.....	299
5.6	Ausblick für Praxis und Forschung	305
	ANHANG	309
	LITERATURVERZEICHNIS.....	327

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Work Ability House.....	35
Abbildung 2: Das Modell von Beschäftigungsfähigkeit	36
Abbildung 3: Arbeitspsychologisches Stressmodell	42
Abbildung 4: Modell von Behinderung: Paradigmenwechsel einhergehend mit der UN-BRK	54
Abbildung 5: Rahmenbedingungen und Elemente eines multidimensionalen RTW	66
Abbildung 6: The arena in work disability prevention.....	67
Abbildung 7: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen	77
Abbildung 8: Hancocks „Mandala-Modell der Gesundheit“	79
Abbildung 9: Einflussfaktoren auf die Bewältigung einer chronischen Krankheit.....	87
Abbildung 10: Formen sozialer Unterstützung	89
Abbildung 11: Forschungsdesign	117
Abbildung 12: Ausschnitt des Codebaums nach offener Codierung in MAXQDA.....	123
Abbildung 13: Entstehung einer Schlüsselkategorie.....	125
Abbildung 14: Axiales Codierschema am Beispiel des Phänomens 'Gesundheit als Ressource'	126
Abbildung 15: Spektrum der Zugänge zum Berufsleben.....	140
Abbildung 16: Spannungsfelder zwischen der beruflichen und privaten Sphäre.....	146
Abbildung 17: Bedingungsrahmen von Arbeitsethos und Berufseinstieg.....	161
Abbildung 18: Bedingungsfaktoren von Arbeitszufriedenheit.....	163
Abbildung 19: Risikokonstellation im Erwerbsleben: Kontextfaktoren und personenbezogene Faktoren	172
Abbildung 20: Subjektiver Beeinflussungsgrad der Kontextfaktoren und personenbezogenen Faktoren	174
Abbildung 21: Körperdimension: 'Eigenleben des Körpers'	178
Abbildung 22: Körperdimension: 'Körperarbeit'	179
Abbildung 23: Körperdimension 'Umgang mit dem Körper'	180
Abbildung 24: Körperdimension: 'Körperwahrnehmung'	181
Abbildung 25: Körperbilder	182

Abbildung 26: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit I	192
Abbildung 27: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit II	193
Abbildung 28: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit III	194
Abbildung 29: Leidenskreislauf und Schlüsselerlebnis	200
Abbildung 30: Persönliche Aushandlungsfelder beruflicher Neuorientierung	226
Abbildung 31: Verhältnis zwischen Versicherten, Reha-Beratung und der Rentenversicherung.....	240
Abbildung 32: Strategien des Gesundheitshandelns	246
Abbildung 33: Einflussfaktoren auf Szenarienentwürfe des Wiedereinstiegs.....	257
Abbildung 34: Einflussfaktoren auf Rückkehr ins Arbeitsleben und Merkmale erweiterter Erfolgsdimensionen	259
Abbildung 35: Erweitertes und spezifiziertes arbeitspsychologisches Stressmodell	268
Abbildung 36: Marker im Ausstiegsprozess	273
Abbildung 37: Bedingungen einer Verortung am Krankheitspol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums	275
Abbildung 38: Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung	285

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Behinderungsbegriff im SGB IX, alte und neue Fassung.....	53
Tabelle 2: Ausgewählte RTW-Studien	69
Tabelle 3: Merkmale der Arbeitssituation mit förderlicher Wirkung auf personale Ressourcen (Kohärenzgefühl).....	88
Tabelle 4: Handlungsentwürfe und Handlungsziele von Patienten nach koronarer Bypassoperation	94
Tabelle 5: Übersicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner	121
Tabelle 6: Individueller Leitsatz als Rahmung von Veränderungsansätzen	211
Tabelle 7: Bewältigungsherausforderungen in der Lebens- und Arbeitswelt.....	282

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Interviewleitfäden t1 und t2.....	311
Anhang 2: Transkriptionsregeln nach Rosenthal.....	311
Anhang 3: Erfahrungen mit Krankheit in Familie.....	312
Anhang 4: Berufliches Zukunftsszenario - Sabine Fesser.....	315
Anhang 5: Berufliches Zukunftsszenario - Peter Hain.....	316
Anhang 6: Berufliches Zukunftsszenario - Hans Kirch	317
Anhang 7: Berufliches Zukunftsszenario - Claudio Osdorf.....	318
Anhang 8: Berufliches Zukunftsszenario - Katharina Rieger	319
Anhang 9: Berufliches Zukunftsszenario - Brigitte Schulz.....	320
Anhang 10: Sabine Fessers Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation.....	321
Anhang 11: Peter Hains' Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation.....	322
Anhang 12: Hans Kirchs Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation	323
Anhang 13: Claudio Osdorfs Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation	324
Anhang 14: Katharina Riegers Situation 13 Monate nach medizinischer Rehabilitation	325
Anhang 15: Brigitte Schulz' Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation	326

Glossar

ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMI	Bundesministerium des Innern
bspw.	beispielsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca.	circa
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
d. h.	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ebd.	ebenda
EM-Rente	Erwerbsminderungsrente
etc.	et cetera
f/ff	folgend/fortfolgende
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland
KMU	kleine und mittlere Unternehmen
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
o. A.	ohne Angabe
rd.	rund
RKI	Robert Koch Institut
RTW	Return to Work
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
s. o.	siehe oben
u. a.	unter anderem
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
z. T.	zum Teil
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die deutsche Arbeitsgesellschaft befindet sich im Wandel. Eine Facette dieses Wandels berührt die zunehmende Bedeutung von Gesundheit, Wohlbefinden sowie Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. „Gesunde Arbeit“ (BMAS 2017, S. 135) wird im sozialpolitischen Kontext gegenwärtig als Gestaltungsaufgabe begriffen. Aus Perspektive der Arbeitgeber stellen der Erhalt und die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zunehmend eine zukunftsweisende Strategie der Wettbewerbsfähigkeit dar. Zentraler Treiber dieses Wandels ist die demographische Entwicklung in Deutschland, der zufolge der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil Jüngerer steigt und immer mehr ältere Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, und der dazu führt, dass bereits in einigen Branchen Nachwuchsmangel zu verzeichnen ist. Zugleich verweisen die unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen von Erwerbsarbeit auf deren zentrale Stellung im Leben eines Menschen. Erwerbsarbeit dient der materiellen Existenzsicherung, kann sinn- und identitätsstiftend sein, bestimmt zu einem entscheidenden Anteil die „soziale Platzierung“ (von Kardorff und Ohlbrecht 2006, S. 27) einer Person in der Gesellschaft und stellt aus sozialpolitischer Sicht ein zentrales Medium sozialer Integration dar.

Mit Blick auf die Forschungslage zur Gefährdung von Beschäftigungsfähigkeit liegen sowohl auf internationaler Ebene als auch für Deutschland inzwischen eine Vielzahl von Faktoren vor, die sich nachgewiesenermaßen belastend auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken (z. B. BAuA 2012; Rau 2015). Auch sind Variablen, die sich als förderlich auf den Rückkehrprozess in das Erwerbsleben erweisen, gut belegt (z. B. Hoefsmit, Houkes et al. 2014). ‚Work Disability‘ und ‚Return to Work‘ (RTW) haben sich zu eigenständigen öffentlichkeitswirksamen Formeln mit einem breiten Spektrum an Forschungs- und Anwendungsfeldern entwickelt (Loisel und Anema 2014; Weber, Peschkes et al. 2015).

“In the past, practitioners, policymakers, and researchers considered work disability to be primarily a socioeconomic and political problem, having biomedical causes or alleged biomedical causes rather than a public health one. For this reason, little attention was paid to work disability for many years in the general medical and public health literature. Only recently, the insight has grown and convincing evidence has been amassed that indicate that long-term work disability contributes to 2-3 times increased risk of poor general health, 2-3 times increased risk of mental health problems, and 20 % excess mortality (Kivimäki, Head et al. 2003; Wadell und Burton 2006). Work disability is a considerable burden to workers, workplaces, and society.” (Loisel, Anema et al. 2014, S. xi)

In der Unternehmenspraxis spiegelt sich diese Entwicklung gegenwärtig in der Implementierung einer Vielzahl von Konzepten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM), zu Präventionsangeboten und RTW-Prozessen wider. Für Deutschland sind es zudem die

medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen, die zentrale Bausteine für die dauerhafte Rückkehr in das Erwerbsleben und eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit darstellen.

Führt man die Erkenntnisse über die Bedeutung und die Gesundheitsrisiken von Erwerbsarbeit auf individueller Ebene zusammen, stößt man allerdings auf den bisher wenig untersuchten Verlauf gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben, dem ‚Exit from Work‘ und den sich anschließenden Neuorientierungsprozessen. Noch weniger ist darüber bekannt, welchen Einfluss individuelle Einstellungen zur Arbeit, die Bedeutung von Erwerbsarbeit oder subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit auf dieses Wechselspiel ausüben. Zudem stellt der biographische und lebensweltliche Bezug der gesundheitsbedingten Ausstiegs-, Neuorientierungs- und Rückkehrprozesse wie subjektive Bewertungen und die lebensgeschichtliche Bedeutung erwerbsbiographischer Brüche ein noch wenig untersuchtes Forschungsfeld dar. Grundlegend fehlen vertiefende Erkenntnisse über die Phasen, Merkmale und Mechanismen der Bewältigung einer ‚doppelten Brüchigkeit der Biographie‘, d. h. über die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation.

Mit der vorliegenden Studie möchte ich einen Beitrag zu diesem noch offenen Forschungsfeld leisten. Sie gründet auf der Ansicht, dass erst über die Erkenntnisse von ‚Exit from Work‘ und die individuellen Aushandlungen in der sich anschließenden Phase, die Einflussfaktoren auf ‚Return to Work‘ noch ganzheitlicher erschlossen werden konnten. Der Studienfokus liegt thematisch auf dem handlungspraktischen Problem der Bewältigung eines doppelten biographischen Bruches, der darin besteht, dass gesundheitsbedingte berufsbiographische Brüche in zweifacher Hinsicht entschlüsselt, bearbeitet und ‚repariert‘ werden müssen. Die Personen sind vor die Herausforderung gestellt, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen. Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sind Lebensereignisse, die in der Typologie der Lebensereignisse (Brim 1980, In: Hoerning 1987, S. 245) als nicht voraussehbar und planbar gelten. Sie lösen Wendungen in der Biographie aus (Gaupp 2013) und können den gesamten biographischen Verlauf bedrohen (Hoerning 1987). Das „Leben zu einem Ganzen zusammensetzen“ (vgl. Corbin und Strauss 2004) bedeutet, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen. Die gesundheitsbedingte biographische Arbeitslinie der beruflichen Veränderungen beobachte ich dabei nicht ‚nur‘ als flankierenden Prozess der Krankheitsverlaufskurve, sondern rücke sie gezielt in den Mittelpunkt, um dem fundamentalen Bedeutungscharakter von Erwerbstätigkeit dadurch gerecht zu werden.

“Allowing people to leave work may be damaging for their self-image as productive adults [...] once a person with illness disengages from work, there are risks that they will not return.“ (Beatty 2012, S. 107)

Mit dieser Studie verfolge ich das Ziel, Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben zu beschreiben und deren personenbezogene und kontextuale Bedingungsfaktoren aufzuschlüsseln.

Des Weiteren zielt diese Untersuchung darauf ab, die sich anschließenden individuellen Aus Handlungsprozesse beruflicher Neuorientierung zu verstehen und in ein Verhältnis zu den Krankheitsbewältigungsprozessen zu setzen. Es ist eine weitere Zieldimension dieser Studie, den Blick auf die Rückkehrprozesse in das Erwerbsleben zu richten und dabei in Ansätzen herauszuarbeiten, welche Faktoren ein Arbeiten unter bedingter Gesundheit ermöglichen oder hemmen können.

Im Zentrum meiner Studie stehen drei Frauen und drei Männer im Alter von 25 bis 57 Jahren, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Erhebungszeitraum von 2013-2014 leitfadengestützt (episodisch-narrativ) interviewt wurden: während ihrer medizinischen Rehabilitation (t1) und erneut ca. ein Jahr später (t2). Übergreifendes Merkmal aller Fälle sind die sich anbahnenden bzw. bereits vollzogenen gesundheitsbedingten berufsbiographischen Einschnitte durch eine chronische muskuloskelettale Erkrankung und z. T. begleitet durch psychosomatische Beschwerden. Den rahmenden Forschungsstil bildete die Grounded Theory (Glaser und Strauss 1967/2010).

Für die theoretische Kontextualisierung dieser Arbeit werden aus der heterogenen Forschungslandschaft gezielt Schwerpunkte herausgegriffen, um die mehrdimensionalen Einflussgrößen in der Arbeitswelt und auf individueller Ebene in Bezug auf Ausstiegs-, Neuorientierungs- und Rückkehrprozesse zu beleuchten und gleichzeitig weiterführende Forschungsfragen aufzuwerfen. Im Kapitel zum Forschungsfeld und Forschungsstand (Kapitel 2) ziehe ich folgende theoretische Bezugspunkte heran:

- Die Bedeutung und Wandel von Erwerbsarbeit
- Erwerbsarbeit und Gesundheit
- Subjektive Gesundheit und Bewältigung chronischer Erkrankungen

Die Ziele und Fragestellungen erläutere ich im anschließenden Kapitel (Kapitel 3) und leite über die Spezifizierung meines Forschungsgegenstandes hin zur methodologischen Rahmung der Studie. Dabei gehe ich in diesem Abschnitt auf die wesentlichen Grundannahmen und Qualitätsmerkmale qualitativer Forschung ein, um zu verdeutlichen, auf welchen Grundlagen und Methoden die Konzeption und die Durchführung dieser Studie beruht. Besonders wichtig ist mir dabei, die Transparenz des Forschungsprozesses über eine exemplarische Darstellung der Analyseschritte herzustellen.

Die Ergebnisdarstellung des empirischen Materials (Kapitel 4) richtet sich strukturell an den drei herausgearbeiteten Schlüsselkategorien aus: ‚Arbeitskonzepte als biographische Orientierung‘, ‚(Berufs)biographischer Bruch‘ und ‚Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen‘, die in ihrer Vielfältigkeit anhand von exemplarisch ausgewählten Interviewausschnitten illustriert werden. Im Diskussionskapitel (Kapitel 5) transformiere ich die empirischen Ergebnisse auf eine theoretische Ebene. Einerseits richten sich einige Ausführungen auf die Beantwortung zentraler Forschungsfragen, z. B. wie sich der gesundheitsbedingte Ausstieg aus dem Erwerbsleben vollzieht, und andererseits führe ich an dieser Stelle meine theoretischen Linien der Forschungsarbeit nach der Grounded Theory im Modell der ‚Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung‘ zusammen. Im abschließenden Abschnitt überführe ich die im Zuge der Analyse aufgeworfenen Fragen und Forschungsimpulse in praxisrelevante Handlungsansätze und in anknüpfende Forschungsfragen.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

In dieser Studie stehen die Fragen im Mittelpunkt, wie sich gesundheitsbedingte Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben anbahnen, wie sie verlaufen, welche Faktoren den Prozess der beruflichen Neuorientierung und die Rückkehr in das Arbeitsleben bedingen, und schließlich, in welchen Erfahrungs- und Handlungsräumen sich die krankheitsspezifische und berufsbiographische Bewältigungsarbeit vollzieht. Diese individuellen Erfahrungsräume betten sich forschungstheoretisch in unterschiedliche Themenfelder ein, die hinsichtlich ihrer Bedeutung für diese Forschungsfrage einer Präzisierung bedürfen. Basierend auf dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit gliedert sich das Kapitel zum Forschungsfeld und Forschungsstand in folgende drei Bereiche: „Erwerbsarbeit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe“, „Erwerbsarbeit und Gesundheit“ und „Gesundheit und Krankheit“. Jedes dieser Unterkapitel zielt darauf ab, die in dieser Arbeit aufgegriffenen beruflichen Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse zu kontextualisieren, entscheidende Forschungsimpulse zu setzen und daraus die leitenden Forschungsfragen für diese Untersuchung abzuleiten.

Das erste Unterkapitel vollzieht unter dem Titel *„Erwerbsarbeit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe“* die Verortung erwerbsbiographischer Brüche im Leben eines Menschen. Dafür ist es meiner Ansicht nach unabdingbar, zunächst ein grundlegendes Verständnis für die Bedeutung von Erwerbsarbeit aus individueller Sicht zu erlangen und gleichzeitig deren gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu kennen, da diese den Anforderungshorizont von Erwerbsarbeit in entscheidendem Maße bedingen. Des Weiteren stellt die individuelle Deutung von biographischen Risiken, von Unsicherheiten sowie von diskontinuierlichen erwerbsbiographischen Verläufen einen wichtigen Bezugspunkt in dieser Studie dar. Die herangezogenen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik bieten einen wichtigen Einblick in die unterschiedlichen Deutungsmuster und ansatzweise in Strategien für den Umgang mit Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf.

Im zweiten Unterkapitel *„Erwerbsarbeit und Gesundheit“* bilden aktuelle Daten und Zahlen zu Gesundheitsrisiken in der Erwerbsarbeit zentrale Ansatzpunkte, um Bedingungskonstellationen von sich anbahnenden gesundheitsbedingten Ausstiegsprozessen aus dem Erwerbsleben nachzuvollziehen. Daran anknüpfend müssen Arbeitsmarktchancen gesundheitlich eingeschränkter Personen betrachtet werden, um u. a. die Rahmenbedingungen von Ausstiegs- und Rückkehrprozessen in das Erwerbsleben zu beleuchten. Den Schwerpunkt setze ich hier auf den Sektor der Rehabilitation in Deutschland und das Forschungs- und Praxisfeld „Return to Work“. In dieser Untersuchung ist eine Erkrankung bzw. sind unterschiedliche gesundheitliche Leiden der Auslöser erwerbsbiographischer Brüche. Neben der Herausforderung, die Erkrankung und

deren Folgen zu bewältigen, steht der betroffene Personenkreis damit ebenso vor der Herausforderung, das berufliche Leben neu zu ordnen. Dieser Bewältigungsprozess sowie dessen zugrundeliegenden Konzepte von Gesundheit und Krankheit sind folglich ein wichtiges drittes Themenfeld meiner Arbeit, das ich im Unterkapitel „*Gesundheit und Krankheit*“ in Ansätzen darstellen werde.

2.1 Erwerbsarbeit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe

Im Zentrum dieser Ausführungen stehen zunächst die Bedeutung und der Wandel von Erwerbsarbeit aus individueller Perspektive und unter dem Aspekt gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. Der zweite Fokus liegt auf erwerbsbiographischen Verläufen im Kontext von Unsicherheiten. Dabei nehme ich Bezug auf Erkenntnisse aus der Biographie- und Lebenslaufforschung und führe diese anhand von einschlägigen Studien mit den subjektiven Deutungen erwerbsbiographischer Risiken zusammen.

2.1.1 Bedeutung und Wandel von Erwerbsarbeit

Um die Bedeutung von Erwerbsarbeit darzustellen, werden im Folgenden sowohl die einzelnen Funktionen von Erwerbsarbeit im Leben eines Menschen skizziert und anhand der Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit verdeutlicht. Die Arbeitswelt unterliegt ständigen Wandlungsprozessen, auf die in Ansätzen eingegangen wird. Deren Gestalt – charakterisiert durch Individualisierung, veränderte Beschäftigungsformen und neue Anforderungen an Beschäftigte – wird anschließend herausgearbeitet.

Bedeutung von Erwerbsarbeit

Erwerbsarbeit hat eine zentrale Bedeutung im Leben eines Menschen, denn sie dient der materiellen Existenzsicherung und ist zugleich sinn- und identitätsstiftend. Im Lehrbuch für Organisationspsychologie schreiben Semmer und Meier (2014) Erwerbsarbeit folgende psychosoziale Funktionen zu: Aktivität und Kompetenz, Zeitstrukturierung, Kooperation und Kontakt, soziale Anerkennung sowie persönliche Identität (ebd., S.562). Darüber hinaus bestimmt die Stellung im Erwerbsleben einer Person zu einem entscheidenden Anteil ihren sozialen Status und „soziale Platzierung“ (Kardorff und Ohlbrecht 2006). Erwerbsarbeit stellt aus sozialpolitischer Sicht ein zentrales Medium sozialer Integration dar (Hofmeister und Hardering 2014, S. 520); Erwerbslosigkeit fördert demnach gesellschaftliche Ausgrenzung und soziale Ungleichheit. Die Übersichtsarbeit von Wadell und Burton (2006) zur Frage, ob Erwerbsarbeit gut für die Gesundheit und für das subjektive Wohlbefinden (well-being) ist, belegt die positive Wirkung von Erwerbsarbeit auf diesen Dimensionen. Sie schlussfolgern, dass die positive Wirkung

gegenüber den Risiken überwiegt; vorausgesetzt die Arbeit ist sicher und verträglich mit der Gesundheit¹.

„There is a strong evidence base showing that work is generally good for physical and mental health and well-being. Worklessness is associated with poorer physical and mental health and well-being. Work can be therapeutic and can reverse the adverse health effects of unemployment. That is true for healthy people of working age, for many disabled people, for most people with common health problems and for social security beneficiaries. The provisos are that *account must be taken of the nature and quality of work and its social context; jobs should be safe* and accommodating. Overall, the beneficial effects of work outweigh the risks of work, and are greater than the harmful effects of long-term unemployment or prolonged sickness absence. Work is generally good for health and well-being.“ (ebd., S. IX)

Die Bedeutungsdimensionen von Erwerbsarbeit können anhand von Erkenntnissen aus der Forschung über die Folgen von Erwerbslosigkeit² nachvollzogen werden. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und gesundheitlichen Problemlagen und gehen dabei insbesondere auf die negativen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf die psychosoziale Gesundheit ein³. Einen aktuellen und umfassenden Überblick zu dieser Thematik bietet die Veröffentlichung des Robert Koch Instituts (RKI) „Gesundheit in Deutschland“ (2015)⁴. Der hier differenziert dargestellten Datenlage zu den sozialen Determinanten von Gesundheit werden folgende Kernaussagen im Hinblick auf den sozioökonomischen Status, Erwerbslosigkeit und Gesundheit vorangestellt, u. a.

- Frauen mit niedrigem Einkommen haben eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen mit hohem Einkommen; bei Männern beträgt der Unterschied elf Jahre (ebd., S. 148).
- Ein niedriger sozioökonomischer Status geht häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Depression einher (ebd., S. 148).
- Arbeitslose und prekär Beschäftigte haben eine schlechtere körperliche Gesundheit und leiden häufiger unter seelischen Problemen und Beeinträchtigungen (ebd., S. 164).

¹ Die Autoren benennen zahlreiche Faktoren ‚guter‘ Arbeit und weisen darauf hin, dass weitere Forschung nötig ist, um deren Charakter systematisch zu untersuchen und Zusammenhänge zwischen guter Arbeit, Gesundheit und Produktivität zu verstehen (ebd., S. 35).

² Laut Statistischem Bundesamt waren im September 2015 rd. 31 Millionen Menschen in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt, und die Erwerbslosenquote lag im März 2016 bei 4,5 % (www.destatis.de, abgerufen am: 30.04.2016).

³ Eindrücklich und immer noch aktuell sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der ‚Marienthalstudie‘ (Jahoda, Lazarsfeld et al. 1933/1975), in der Marie Jahoda, Paul Lazarsfeld, Hans Zeisel und ihre Mitarbeiter/-innen die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf eine Arbeitersiedlung in Österreich in den 1930er Jahren untersuchten und u. a. das Phänomen der ‚müden Gemeinschaft‘, deren Apathie und verlangsamten Zeit beschrieben. Beispielshaft soll an dieser Stelle verwiesen werden auf die zahlreichen Veröffentlichungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zu den Folgen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit von Brinkmann und Wiedemann (1994); Elkeles (1999); Wüstner (2005); Albani, Blaser et al. (2007) sowie auf Arbeiten von Mohr und Richter (2008) und Kroll, Muters et al. (2016). Ein signifikant erhöhtes Risiko für den Bezug von ‚disability pension‘ durch Arbeitslosigkeit ermittelten Karlsson, Carstensen et al. (2008).

⁴ Die Grundlage des Berichts bilden in erster Linie Daten des Gesundheitsmonitorings des RKI. Hierzu zählen die drei Gesundheitsstudien KiGGS, DEGS und GEDA (s. Glossar). Darüber hinaus wurden Daten und Ergebnisse anderer epidemiologischer Studien sowie amtlicher Statistiken genutzt (vgl. www.rki.de, abgerufen am: 30.04.2016).

- Arbeitslosigkeit kann sowohl die Ursache als auch die Folge von Gesundheitsproblemen und Erkrankungen sein⁵ (ebd., S. 164).

Um die Bedeutungsdimensionen von Erwerbsarbeit gesamtgesellschaftlich einzuordnen, müssen sie in einen Zusammenhang mit dem disziplinübergreifend diskutierten Wandel der Arbeitsgesellschaft in Deutschland gestellt werden. Einen konkreten Eindruck dieses Wandels liefert der bis Ende 2016 angelegte Dialogprozess „Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)⁶. Unter dem Titel „Arbeitsgesellschaft im Wandel“ werden im sogenannten „Grünbuch“ (BMAS 2015) vier Felder dieses Wandels charakterisiert⁷:

- Technische Potenziale: Digitale und globale Ökonomie
- Gesellschaftliche Werte: Veränderte Ansprüche an Arbeit
- Neue Unsicherheiten und Wandel des Normalarbeitsverhältnisses: Rückgang normaler Arbeitsverhältnisse und Auseinanderdriften des Arbeitsmarktes
- Fortwirken weiterer Megatrends: Demographischer Wandel, Globalisierung und Wissensgesellschaft

Eingebettet sind diese ‚Symptome‘ der sich wandelnden Arbeitsgesellschaft in gesamtgesellschaftliche Wandlungsprozesse. Der gesellschaftliche Wandel in der modernen Gegenwartsgesellschaft wird in der Soziologie mit der Theorie der reflexiven Modernisierung beschrieben, auf die im anschließenden Kapitel eingegangen wird. Es würde in dieser Arbeit allerdings zu weit führen, die komplexen theoretischen Diskurse in diesem Forschungsfeld darzustellen. Dennoch soll an dieser Stelle auf die Anschlussfähigkeit dieser vier Felder mit den soziologisch analysierten gesellschaftlichen Wandlungsprozessen hingewiesen und im Folgenden einige ausgewählte Aspekte herausgegriffen werden, die für diese Arbeit relevant erscheinen.

Wandel der Erwerbsarbeit

Aus einer analytischen Perspektive betrachtet, handelt es sich bei der reflexiven Modernisierung um einen Epochenbruch, der sich seit den 1960er Jahren auf alle gesellschaftlichen Teilsysteme, Funktionsbereiche und Organisationsformen ausweitete (Grande 2008, S. 10). Kennzeichnend ist, dass dieser Wandlungsprozess die Grundlagen von Produktion, Wissenserzeugung und politischer Ordnung transformiert. Unter der Überschrift „Risikogesellschaft“ beschreibt Beck (1986; 2007) u. a. die Dynamiken dieses Wandels mit drei Faktoren: Individualisierung, zivilisatorische Risiken und Globalisierung. Diese Faktoren, so schreibt Grande (2008) in seiner Übersichtsarbeit über die reflexive Modernisierung des Staates „unterspülen die Fundamente

⁵ vgl. auch Mohr und Richter (2008) und Eggs, Trappmann et al. (2014)

⁶ vgl. auch www.arbeitenviernull.de (abgerufen am: 07.05.2016)

⁷ Anfang 2017 wurde das Weißbuch (BMAS 2017) veröffentlicht, auf das in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden kann.

der industriegesellschaftlichen Moderne: das Normalarbeitsverhältnis, das instrumentelle Wissenschaftsverständnis, den Nationalstaat, um nur einige zu nennen.“ (ebd., S. 11).

Welche Folgen kennzeichnen die Dynamiken der reflexiven Modernisierung? Es hat sich ein Bruch in der Entwicklung moderner Gesellschaft vollzogen; umrissen auf der Ebene gesellschaftlicher Basisinstitutionen der westlichen industriegesellschaftlich geprägten Ersten Moderne, hierzu zählen z. B. Nationalstaatsgesellschaft, Erwerbsgesellschaft, funktionale Differenzierung. Erwerbsarbeit ist als Integrationsmedium zunehmend an seine Grenzen gestoßen (Dörre 2008, S. 4). Die Folge dieses gesellschaftlichen Strukturumbruchs für das Individuum wurde und wird intensiv als Individualisierungsdiskussion geführt.

„Individualisierung meint erstens die Auflösung und zweitens die Ablösung industriegesellschaftlicher Lebensformen durch andere, in denen die einzelnen ihre Biographie selbst herstellen, inszenieren, zusammenschustern müssen, und zwar ohne die einige basale Fraglosigkeit sichernden, stabilen sozial-moralischen Milieus, die es durch die gesamte Industriemoderne hindurch immer gegeben hat und als „Auslaufmodelle“ immer noch gibt. Die Normalbiographie wird zur „Wahlbiographie“ (Ley 1984), zur „reflexiven Biographie“ (Giddens 1991), zur „Bastelbiographie“ (Hitzler 1988). Das muß nicht gewollt sein, und es muß nicht gelingen, steckt in jedem Fall voller Dilemmata.“ (Beck und Beck-Gernsheim 1993, S. 179)

Früher wurden biographische Unsicherheiten und Entscheidungen im Familienverband oder in Gemeinschaften bearbeitet und entschieden, d. h. sie waren eingebettet in klare gesellschaftliche Regeln und in soziale Norm- und Moralvorstellungen. Eine zunehmende Individualisierung löst den Menschen aus diesem Rahmen. Entscheidungen kann und muss er selbst unter Berücksichtigung aller möglichen Risiken treffen.

Insbesondere die veränderten Beschäftigungsformen bilden eine zentrale Rahmung der individuellen Lebenssituation und haben sich zu einem kennzeichnenden Merkmal des deutschen Arbeitsmarkts entwickelt⁸. Zahlreiche Veröffentlichungen widmen sich der Veränderung vom Normalarbeitsverhältnis⁹ zu atypischen Beschäftigungsformen wie Leiharbeit, Zeitarbeit, Minijobs und deren Folgen für Gesellschaft und Individuum (Brose, Wohlrab-Sahr et al. 1993; Eichhorst, Kuhn et al. 2009) und mit den damit in Verbindungen stehenden neuen Anforderungen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie Flexibilität (Buchholz 2008; Mayer, Grunow et al. 2010; Sauer 2012) und Mobilität (Pointner und Hinz 2008; Paridon 2012).

⁸ Über die Zusammenhänge zwischen arbeitsmarktpolitischen Instrumenten des aktivierenden Sozialstaats, Deregulierungsmaßnahmen und dem Wandel der Arbeitsmarktstruktur und -lage, deren Wirksamkeit und Wirkung auf unterschiedliche Personengruppen vgl. z. B. Caliendo, Steiner et al. 2006; Bescherer, Röbenack et al. 2008; Heyer, Koch et al. 2012; Wapler, Werner et al. 2014.

⁹ Das Statistische Bundesamt definiert ein Normalarbeitsverhältnis als ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis, das in Vollzeit und unbefristet ausgeübt wird. Die Arbeit erfolgt direkt in dem Unternehmen, mit dem die oder der Beschäftigte einen Arbeitsvertrag hat, d. h. Zeitarbeitnehmerinnen und Zeitarbeitnehmer zählen nicht dazu. Beschäftigte in einem Normalarbeitsverhältnis sind voll in die sozialen Sicherungssysteme integriert (www.destatis.de, abgerufen am: 30.04.2016).

Dieser Trend lässt sich quantifizieren: 2001 waren laut Statistischem Bundesamt noch 70 % aller Erwerbstätigen in einem Normalarbeitsverhältnis beschäftigt, 2011 waren es nur noch 66,2 %¹⁰. Die Zahl der atypisch Beschäftigten stieg im Jahr 2005 von 17,9 % auf 22,1 % im Jahr 2011. Dabei sind atypische Beschäftigungsverhältnisse nicht per se mit prekären Beschäftigungsverhältnissen gleichzusetzen (Brinkmann, Dörre et al. 2006; Eichhorst, Marx et al. 2010), können aber prekäre Lebenslagen begünstigen und das Armutsrisiko erhöhen (Hans-Böckler-Stiftung 2012)¹¹. Atypisch Beschäftigte verdienen im Durchschnitt weniger: Der Stundenlohn von Normalarbeiterinnen und Normalarbeitern lag 2010 bei 17,09 € im Vergleich zu 10,36 € bei atypisch Beschäftigten¹⁰. Zu berücksichtigen gilt, dass die Qualifikationsanforderungen für atypische Tätigkeiten in der Regel geringer sind und mit einer geringeren Bezahlung einhergehen. Nicht ungeachtet bleiben darf ebenso, dass auch Normalarbeitsverhältnisse nicht zwangsläufig armutsvermeidend sind (Andreß und Seeck 2007) und treffend unter den Begriffen ‚Erwerbsarmut‘ oder ‚working poor‘ gefasst werden (z. B. Rhein 2009; Kaiser 2012). In der Öffentlichkeit wird häufig argumentiert, dass ohne atypische Beschäftigungsmöglichkeiten die Armutsgefährdung noch höher wäre (Creutzburg und Heß 2009), und es lässt sich belegen, dass atypische Beschäftigungsformen im Vergleich mit Arbeitslosigkeit eine grundsätzlich integrierende Wirkung in den Arbeitsmarkt haben können (Thomsen, Haaren-Giebel et al. 2015). Allerdings geht mit einer atypischen Erwerbsarbeit keine verbesserte Chancengleichheit auf dem Arbeitsmarkt einher, denn deutlich mehr Frauen (2011: 33,6 %) als Männer (2011: 12,2 %)¹⁰ befinden in atypischen Beschäftigungsformen (Wanger 2015) und scheinen eine geringe Chance zu haben, in ein Normalarbeitsverhältnis zu gelangen. Ob atypische Beschäftigung eher integrierend oder segmentierend sind, muss allerdings sowohl aus Sicht der Beschäftigten als auch aus Sicht der Unternehmen noch weiter differenziert untersucht werden (Brülle 2013). Galais et al. (2012) merken an, dass nur wenige Studien vorliegen, welche die Gesundheit von atypisch Beschäftigten systematisch untersucht haben. Doch insgesamt zeigt sich, dass diese Beschäftigungsformen ein hohes Belastungspotenzial aufweisen und sich negativ auf die Gesundheit auswirken (ebd., S. 115).

Die Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse und Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wirken sich zwangsläufig auf die individuelle Lebensgestaltung aus. Die Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben wird zunehmend schwieriger. Es findet eine Entgrenzung der Arbeit und Arbeitskraft statt mit der Folge, dass

¹⁰ www.destatis.de, abgerufen am: 30.04.2016

¹¹ Brinkmann, Dörre et al. (2006) bezeichnen Normalarbeitsverhältnisse als die „Zone der Integration“ und prekäre Beschäftigung als die „Zone der Entkoppelung“ (ebd., S. 15).

sich auch das Verhältnis von Arbeit und Leben zunehmend ändert (Voß 1998; Jurczyk, Schier et al. 2009).

„Ein Übergang zu zunehmend entgrenzten Arbeitsformen und infolgedessen zu einem entgrenzten Zugriff auf Arbeitskraft mit systematischen Auswirkungen auf das Verhältnis von „Arbeit“ und „Leben“ wird langfristig eine Fülle gesellschaftlicher Konsequenzen haben: für die soziokulturelle Verfassung (z. B. für das Zusammenleben in Familien und die Struktur der Lebensverläufe), für die soziale Regulierung der Nutzung von Arbeitskraft (z. B. im Arbeits-, Tarif- und Sozialrecht), für die Betriebe (z. B. im Einsatz und in der Führung des neuen Typus von Arbeitskraft), für die allgemeine Bildung und Erziehung (z. B. in den sich damit möglicherweise durchsetzenden gesellschaftlichen Orientierungen und Sozialcharakteren).“ (Voß 1998, S. 483)

Auch das Grünbuch der Bundesregierung greift diese Aspekte auf:

„Die betrieblichen Anforderungen an Flexibilität laufen zum Teil quer zu den individuellen Flexibilitätsbedürfnissen der Beschäftigten in unterschiedlichen Lebensphasen. Gerade die Takte und Flexibilitätsanforderungen in Familien lassen sich mit denen der Arbeitswelt oft nur schwer in Einklang bringen. Da inzwischen in vielen Familien beide Elternteile erwerbstätig sind, häufen sich Zeitkonflikte im Alltag von Familien.“ (BMAS 2015, S. 49)

Laut einer Umfrage des Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) (2013) gaben 66 % der ca. 1500 befragten Eltern an, dass sich Familie und Beruf nicht gut vereinbaren lassen. Mütter minderjähriger Kinder sehen dies noch kritischer, denn hier waren es sogar 75 %, die diese Antwort wählten. In einer weiteren Untersuchung, in der 2.080 Familien mit Kindern befragt wurden, ermittelte das IfD (2015) Rahmenbedingungen, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen. Hierzu zählen vorrangig Angebote zur Kinderbetreuung, ein partnerschaftlich gestalteter Familienalltag und angepasste Arbeitszeiten im Beruf. Als ideal wird von 28 % der Befragten ein Berufsalltag gesehen, in dem beide Elternteile in Teilzeit berufstätig sind, real sind es nur 4 %, die dies umsetzen können. Aus Daten des Stressreports der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2012)¹² geht hervor, dass es 41 % der befragten Erwerbstätigen nur manchmal oder nie gelingt, bei der Arbeitszeitplanung auf familiäre und private Interessen Rücksicht zu nehmen.

Im Zusammenhang mit den Anforderungen an Beschäftigte hat sich in soziologischen Forschungsbezügen der Typus des „Arbeitskraftunternehmers“ etabliert (Voß 1998; Pongratz und Voß 2001; Pongratz und Voß 2004; Elster 2007), der eigenverantwortlich, flexibel und selbstorganisiert seine täglichen Arbeiten erfüllt und „quasi-unternehmerisch“ seine eigene Arbeitskraft als Ware vermarktet muss (Pongratz und Voß 2001, S. 44). Damit verbunden ist sowohl eine höhere Freiheit in der Ausführung der Arbeiten als auch ein höherer Leistungsdruck (Nerdinger, Blickle et al. 2014, S. 547).

¹² Die Daten des Stressreports basieren auf der Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). An dieser Befragung haben 20.036 Erwerbstätige teilgenommen.

„Der Typus des Arbeitskraftunternehmers zeichnet sich dadurch aus, dass die Abstimmung der individuellen Leistungsmöglichkeiten auf wechselnde betriebliche Erfordernisse weitgehend von den Erwerbstätigen selbst übernommen wird – während sie beim bisher vorherrschenden Typus des verberuflichten Arbeitnehmers vornehmlich als Steuerungsaufgabe dem Management obliegt.“ (Pongratz und Voß 2003, S. 228)

Dieser entworfene soziologische Sozialtypus des Arbeitskraftunternehmers stellt in seiner Grundkonstruktion die Folge prekärer Arbeits- und Lebensverhältnisse dar und spiegelt zugleich einen „Normalzustand“ wider (Sieg 2016, S. 248).

Diese Herausforderung in der Arbeitsorganisation schlägt sich als eine von unterschiedlichen Belastungen für die psychische Gesundheit nieder. Auf einzelne Belastungsfaktoren und deren gesundheitliche Auswirkungen wird in Kapitel 2.2.1 eingegangen. Doch an dieser Stelle sei anhand ausgewählter sozialwissenschaftlicher Publikationen auf die kollektiven Auswirkungen der zuvor geschilderten gesellschaftlichen Veränderungen verwiesen. Diese sehr eindrücklichen Titel spiegeln eine Facette der aktuellen Arbeitswelt wieder: „Das erschöpfte Selbst“ von Alain Ehrenberg (2015), „Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft“ von Sighard Neckel und Greta Wagner (2013), „Das Zeitalter der Erschöpfung“ von Wolfgang Martynkewicz (2013), „Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt“ von Heiner Keupp und Helga Dill (2010) oder „Riskante Arbeitswelten“ von Haubl, Hausinger et al. (2013). Ausgehend von den zuvor dargestellten Merkmalen moderner Arbeitsverhältnisse wie Flexibilisierung, Mobilität, aber auch Unsicherheiten und Risiken schließt sich die Frage an, wie sich diese Entwicklungen auf den Menschen und seine Erwerbsbiographie auswirken. Das anschließende Kapitel greift diese Frage auf und liefert wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Gestalt kritischer erwerbsbiographischer Verläufe und deren individuelle Deutung und Verortung in der Biographie.

2.1.2 Erwerbsbiographische Verläufe im Kontext von Unsicherheiten und Diskontinuitäten

In diesem Kapitel wird genauer auf den Bereich erwerbsbiographischer Verläufe eingegangen, denn die Auswirkungen und individuellen Deutungen kritischer Ereignisse in der Berufsbiographie können erst unter der Verlaufsperspektive in ihrem Ausmaß und ihrer Intensität verstanden werden. Der Einblick in den Forschungszweig der Biographie- und Lebenslaufforschung stellt dabei einen ersten Zugang zu diesem Thema dar. Ziel ist es, eine Verständnisgrundlage für die Begrifflichkeiten ‚Biographie‘ und ‚Lebenslauf‘ zu schaffen. In einem zweiten Schritt werden anhand ausgewählter Studien die individuellen Deutungen erwerbsbiographischer Risiken spezifiziert.

Exkurs: Biographie- und Lebenslaufforschung

Die forschungstheoretischen und gleichzeitig methodischen Zugänge, die biographische Erfahrungen, gesellschaftliche Strukturen und deren Wechselwirkung aufschlüsseln, sind vielfältig und sowohl in der qualitativen als auch quantitativen Sozialforschung verortet. Vor dem Hintergrund der Wandlungsprozesse der Arbeitswelt finden sich innerhalb unterschiedlicher Forschungszusammenhänge zunehmend Studien zu atypischen Erwerbsverläufen und deren Verhältnis zur ‚Normalbiographie‘. Anhand des Exkurses zur Biographie- und Lebenslaufforschung sollen im Folgenden relevante Entwicklungslinien und Erkenntnisse in diesem Zusammenhang aufgezeigt werden. Diese Forschungsfelder richten ihr Erkenntnisinteresse auf das Spannungsverhältnis zwischen subjektiven Erfahrungen, Konstruktionen und individuellen Handlungsmöglichkeiten und gesellschaftlichen Strukturen. Damit in Verbindung stehende Veränderungen und Prägungen im Lebenslauf, der sogenannten „Vergesellschaftung im Lebenslauf“ (Voges 1987, S. 10) steht dabei in einem besonderen Fokus. Das Interesse der Biographieforschung richtet sich auf Lebens- und Erfahrungsgeschichten (Sackmann 2013, S. 9) und wurde als eigenständiger Forschungszweig der Soziologie Anfang des 20. Jahrhunderts, beispielsweise durch Thomas und Znaniecki (1918-1920) in ihrer Untersuchung von polnischen Immigranten in den USA, etabliert. Ziel dieser Forschungsdisziplin ist es, den sozialen Wandel, gesellschaftliche Strukturen und Veränderungen durch die Analyse individueller biographischer Verläufe nachzuvollziehen. Eine Biographie wird definiert als der mündlich oder schriftlich beschriebene Lebenslauf, charakterisiert durch subjektive Interpretationen und Rekonstruktionen des Erlebten aus der Gegenwartsperspektive heraus und in Abhängigkeit der Erzählsituation (persönliche Reflexion, Darstellung in Interaktionen mit Anderen).

„Die Erzählung (von Episoden aus) der Lebensgeschichte hat vielfältige soziale Funktionen: Sie kann z. B. der Selbstdarstellung oder der Übermittlung von Lebenserfahrung dienen oder die aktuelle Situation aus der Vergangenheit herleiten und für andere und für sich selbst nachvollziehbar machen. Die Erzählungen der Lebensgeschichte sind immer auf Verständigung angelegt. Erzählt wird auf eine reale oder eine imaginierte, hörende Person hin – auch wenn sie nur allgemein den Blick von Außen repräsentiert und keine konkrete Gestalt hat – und die eigene Geschichte wird so aufbereitet, dass sie verständlich ist und eine gewünschte Wirkung erzielt.“ (Helfferich 2006, S. 32)

Biographien werden (immer wieder) entworfen und rekonstruiert; Lebensläufe hingegen unterliegen einer Chronologie der Ereignisse¹³. Die individuellen biographischen Schemata werden immer aus einer Gegenwartsperspektive konstituiert: Vergangenes wird reinterpretiert und Zukünftiges erwartbar gemacht („doppelter Temporalhorizont“, Fischer und Kohli 1987, S. 33).

¹³ Das Beispiel eines Lebenslaufes, im Sinne eines „curriculum vitae“ in dem in standardisierter Form das eigene Leben chronologisch gemäß erwarteter Konventionen im Bewerbungsverhalten um eine Erwerbsarbeit präsentiert wird, veranschaulicht dies im besonderen Maße.

Das Konstrukt der Biographie gründet sich auf drei wesentliche Aspekte der Weltaneignung: Erfahrung (Menschen machen Erfahrungen), Handlung (Menschen handeln nach individuellen Zielen und Sinnhaftigkeiten), Struktur (Erfahrungen werden im Rahmen eines bestehenden sozialen Ordnungssystems gemacht) (Fischer und Kohli 1987). Dies bedeutet, dass Biographie als alltagsweltliches Konstrukt verstanden wird und dabei die Widersprüchlichkeit zwischen Regelmäßigkeit und Emergenz beinhaltet, d. h. zwischen einem bestehenden sozialen Regelsystem, welches individuelles Handeln determiniert und Erfahrungsräume definiert sowie der 'spontanen' Herausbildung neuer Strukturen. Die soziologische Biographieforschung versucht der Analyse des Subjektiven als auch des Objektiven gerecht zu werden.

„Allgemein gesagt kommt es drauf an, nicht nur Konzepte sozialer Strukturen und Ordnungen zu entwickeln, sondern auch dem Ungeordneten nicht oder noch-nicht strukturierten Raum zu lassen.“ (ebd., S. 30).

Die eigene Biographie sowie Konzeptionen eines sinnvollen Lebens und Deutungsperspektiven werden geformt durch die (sich verändernde) Sozialwelt, d. h. durch gesellschaftliche Diskurse und historischen Wandel. Die eigene Lebensgeschichte als Produkt von Erfahrungen und Handlungen in sozialen Interaktionen vollzieht sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Geschichte (ebd., S. 28). Dies sollte nicht als ein starres Konstrukt objektiver Strukturen und subjektiver Verarbeitung verstanden werden. Soziale Schemata im Sinne sozialweltlicher Orientierungsmuster interagieren mit individuellen Schemata, d. h. Orientierung stiftende Regeln stehen immer zur Disposition, es gibt Leerstellen, die neue Erlebnis- und Erfahrungsräume eröffnen. Orientierung meint hier eine biographische Leistung, „die immer auch begleitet ist von potentieller und faktischer Desorientierung“ ist (ebd., S. 31).

Ein eng an die Biographieforschung grenzendes Feld ist das der Lebenslaufforschung, begründet in den 1960er und theoretisch verankert in unterschiedlichen Disziplinen wie in der Soziologie, den Kulturwissenschaften oder der Ethnologie. Die Lebenslaufforschung setzt den Schwerpunkt auf den individuellen Lebenslauf, seine verschiedenen Teilbereiche und Übergänge (Statuspassagen) und die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Teilbereichen unter der Fragestellung, welchen Einfluss Gesellschaft auf individuelle Lebensverläufe ausübt, aber auch, welche Bedeutung z. B. Altersgruppen für die Sozialstruktur einer Gesellschaft haben¹⁴. Ziel der Erforschung des Lebenslaufes aus soziologischer Sicht ist es, das Zusammenspiel von Arbeit, Familie und Wohlfahrtsstaat in seinen zeitlichen und auf das Individuum bezogenen Dimensio-

¹⁴ Es muss festgehalten werden, dass die Lebenslaufsoziologie, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, durchaus keine homogene Auseinandersetzung mit der Frage bietet, ob und wie die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Institutionen und dem individuellen Lebenslauf konstituiert ist. Einen guten Überblick zu den unterschiedlichen Perspektiven bietet der Herausgeberband von Sackmann (2013).

nen zu analysieren (Sackmann 2013, S. 12). Zu den grundlegenden Arbeiten dieser Forschungsrichtung zählen die Arbeiten von Martin Kohli, der Mitte der 1980er Jahre vor dem Hintergrund einer Strukturgeschichte der westlichen Modernisierung die Theorie des institutionalisierten Lebenslaufs begründete. Er beschreibt in zahlreichen Aufsätzen (z. B. 1985; 1994; 2000; 2003), wie Gesellschaft individuelle Lebensläufe beeinflusst und stellt heraus, dass drei gesellschaftliche Kerninstitutionen den Lebenslauf einer Dreiteilung unterziehen: das Bildungssystem (Vorbereitungsphase in Kindheit und Jugend), die Institution des Arbeitsmarktes (Aktivitätsphase im mittleren Lebensalter) und die Rentenversicherung (Ruhestand im Alter). Auf der anderen Seite stellt der Lebenslauf für das Individuum selbst eine Institution dar, er dient als Orientierungsgrundlage für ein „normales Leben“. Zentraler Referenzpunkt des gesamten Lebenslaufes gilt nach Kohli die Institution des Arbeitsmarktes, die wiederum stark verknüpft ist mit den unterschiedlichen Bildungsinstitutionen. Personen sollen und können sich Stufe um Stufe weiter- bzw. neu qualifizieren, um ihre Leistungsrollen im Erwerbssystem zu erfüllen, „wobei Spannungen zwischen den Erfordernissen „lückenloser“ Lebensläufe und „eigenwilliger“ Biographie nicht selten sind.“ (Sackmann 2013, S. 22). Sackmann (2013) schlüsselt diese Dreiteilung aus ökonomischer Sicht für Individuum und Gesellschaft auf und spannt einen Bogen zwischen Investitionen in der Bildungsphase, der Produktivität in der Erwerbsphase und der „Belohnung“ in der Ruhestandsphase (ebd., S. 29). Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die hier skizzierten Lebenslaufmuster primär am „male breadwinner“ Modell (Kohli 2003, S. 531) orientieren und sich von typischen Erwerbsmustern von Frauen unterscheiden¹⁵. Diese sind geprägt durch mehr Unterbrechungen, Teilzeitphasen und entsprechend weniger häufigem beruflichem Aufstieg sowie einer schlechteren Bezahlung. Trotz der zunehmenden Angleichung dieser Differenzen durch die Zunahme von Frauenerwerbstätigkeit und eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf bestehen diese Ungleichheiten weiterhin. Bedingt sind diese Unterschiede durch die weiterhin bestehenden geringen Aufstiegschancen in typischen Frauenberufen per se (Falk 2005) und einem geschlechtsspezifisch segregierten Arbeitsmarkt (Busch 2013). Das Verhältnis zwischen Bildungsinvestitionen und deren Realisierung im Erwerbsleben ist für Frauen damit ein anderes¹⁶.

¹⁵ Im Zuge der aktuellen Entwicklungen der Alterssicherung wäre es interessant zu erforschen, wie sich das Verhältnis der drei Referenzpunkte des Lebenslaufes verändert, da für die jüngere Generation das Prinzip der ‚Belohnung‘ in Zukunft wahrscheinlich nur noch begrenzt gelten wird.

¹⁶ Das Statistische Bundesamt belegt eindrücklich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland in den Bereichen Bildung, Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und Verdienst (Statistisches Bundesamt 2014). Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst im Jahr 2016 war von Frauen um 21 % niedriger (16,26 Euro) als der von Männern (20,71 Euro) (www.destatis.de, abgerufen am: 16.04.2017). Dazu siehe auch die Auswertungen des IAB-Betriebspanels 2012 zu den Beschäftigungsmustern von Frauen und Männern (Bechmann, Dahms et al. 2013) oder

Als Merkmale des hier beschriebenen Lebenslaufes gelten neben der oben genannten Dreiteilung (Vorbereitungsphase, Aktivitätsphase, Ruhestand), die Verzeitlichung (Ablauf der Lebenszeit als strukturierendes Prinzip), Chronologisierung (chronologische Lebensalter) und die Individualisierung (Auflösung ständischer und lokaler Bindungen). Durch den gesellschaftlichen Modernisierungsprozess (technologische-industrielle Entwicklung, ökonomische Verbesserungen und medizinischer Fortschritt) konstituierte sich der Lebenslauf zunehmend als ein Prozess mit vorhersagbaren und planbaren Wendepunkten und gewann so den Charakter eines regelgeleiteten und geordneten Systems mit zeitlich sequenzierten Lebensphasen (Voges 1987). Gleichzeitig geht mit dieser Entwicklung eine Ausweitung des individuellen Handlungsspielraums einher.

„Der Lebenslauf als Institution [...] war zur neuen Folie für die individuelle Lebensführung geworden und blieb dabei handlungs- und deutungsoffen, ja er schrieb sogar eine solche Handlungs- und Deutungsoffenheit als soziale Anforderung im Sinne einer Biographisierung der Lebensführung fest.“ (Kohli 2003, S. 526).

Kritik am Konzept des dreigeteilten Lebenslaufes äußerten Riley und Riley (1994). Sie kritisierten die erzwungene Trennung der Gesellschaft in Lebensphasen und der damit einhergehenden Beschränkungen von Handlungsmöglichkeiten. Die Bildung ist für junge Menschen, Erwerbstätigkeit den Menschen im mittleren Lebensalter und Erholung den älteren Menschen vorbehalten. Diese Altersdifferenzierung, so Riley und Riley, steht im Gegensatz zu dem, was Menschen in ihrer Alltagspraxis leben wollen, bspw., wenn ältere, noch gesunde Menschen auch über das Rentenalter hinaus weiterhin tätig sein möchten. Sie plädieren für eine altersintegrierende Struktur in Bildung, Erwerbstätigkeit und Erholung, die altersübergreifend Handlungsspielräume ermöglicht.

Aus einer psychologischen Perspektive beschreiben Heckhausen und Heckhausen (2010) die „Lebenslauftheorie der Kontrolle“, die an dieser Stelle interessante Einblicke in die Verhaltenssteuerung von Individuen und Handlungskompetenzen in Abhängigkeit von der eigenen Wirksamkeit in verschiedenen Lebensabschnitten und vor dem Hintergrund diversifizierter Lebensformen und -plänen bietet. Die grundlegende motivationale Orientierung des Menschen stellt das Streben nach primärer Kontrolle der Nahumwelt über den gesamten Lebenslauf dar. Hingegen variiert das primäre Kontrollpotenzial in den unterschiedlichen Lebensphasen. Es beginnt mit einer Hilflosigkeit im Säuglingsalter, erreicht die höchste Ausprägung im mittleren Erwach-

Nisic (2010) zur Frage nach den Folgen von Haushaltsumzügen für die Einkommenssituation von Frauen in Partnerschaften.

senenalter und nimmt mit zunehmenden Funktionseinschränkungen im Alter wieder ab (Kontrollverlust). Mit Fragen, wie Individuen sich ihre beruflichen und familienbezogenen Pfade auswählen und wie es zu ähnlichen interindividuellen gelagerten Mustern („Spurtreue“, Heckhausen und Heckhausen 2010, S. 469) bzw. unterschiedlichen Pfaden kommt, befasst sich der Forschungsgegenstand der Lebenslaufentwicklungspsychologie (Baltes, Lindenberger et al. 1998; Brandstädter und Lerner 1999; Heckhausen, Wrosch et al. 2010). Der Lebenslauf ist aus dieser Perspektive als ein Handlungsfeld zu verstehen, auf dem sich Zielsetzungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen je nach Lebensphase verändern und verschieben sowie durch biologische Veränderungen, gesellschaftlich-institutionelle Rahmen, Normen, Erwartungen und deren Internalisierung bestimmt werden. Dabei bieten die gesellschaftlich-institutionellen Strukturen wie Schule, Ausbildung und Mündung in die Erwerbsarbeit bestimmte Gelegenheiten, die den Lebenslauf bahnen und kanalisieren. Entscheidungen werden dem Individuum abgenommen. Gleichzeitig haben Individuen Normen und soziale Konventionen so verinnerlicht, dass diese das Lebenslaufmuster prägen und als Referenzsystem und Bewertungsmaßstab („normative Erfolgs- und Bilanzierungskriterien“ Kohli 2003, S. 527) dienen. Normative Vorstellungen wichtiger Lebensübergänge verfestigen sich in der Gesellschaft und können auch in Krisenzeiten Bestand haben (Blossfeld 1988).

Subjektive Deutungen erwerbsbiographischer Risiken

In den letzten Jahren hat sich in der Lebenslaufsoziologie die These herauskristallisiert, dass die Institutionalisierung des Lebenslaufes vor dem Hintergrund gegenwärtiger Entwicklungen wie der

- Zunahme prekärer Lebenslagen („working poor“, soziale Ausgrenzung),
- Veränderungen in der individuellen Lebensgestaltung (flexible Familienentwürfe) auch unter Berücksichtigung
- des Wandels von Verantwortlichkeit von Institutionen (unsichere Alterssicherung) und
- Veränderungen im sozialpolitischen Sektor (z. B. Sozial- und Rentenreform, Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz)

auf Tendenzen einer De-Institutionalisierung des Lebenslaufes und Ent-Standardisierung hindeuten. Die Institutionalisierung des Lebenslaufes befindet sich in einer Krise.

„Es gibt deutliche Destandardisierungstendenzen, und zwar in beiden wesentlichen Strukturgebern des Lebenslaufs, der Erwerbs- ebenso wie der Familienbiographie [...]. Auf der Handlungsebene bedeutet dies den Übergang vom standardisierten Lebenslauf zur Patchwork-Biographie, die vom Einzelnen als „Planungsbüro“ und Unternehmer seiner eigenen Karriere vorangetrieben wird. Institutionalisierung wird reflexiv: Sie bezieht sich nicht mehr auf den vorgeordneten Lebenslauf, sondern auf das ordnende Individuum.“ (Kohli 2003, S. 532f)

Frühverrentung, Jugendarbeitslosigkeit oder mangelnde Vorhersehbarkeit von Erwerbsverläufen können als Indikatoren dieser Ent-Standisierungsprozesse gedeutet werden. Zahlreiche Studien belegen, dass in den entwickelten Industrienationen die gesellschaftliche Bedeutung von Beschränkungen, Regulationen und Sanktionen zunehmend in den Hintergrund rückt und ein noch nie dagewesener Spielraum der Selbstregulation der eigenen Entwicklung und Lebenslaufplanung vorherrscht (Wrosch und Freund 2001; Heckhausen und Chang 2009; Heckhausen 2010). Individuen sind mit ihrer hohen sozialen Mobilität und Flexibilität zunehmend zum Mitproduzenten der eigenen Entwicklung geworden (Brandstädter und Lerner 1999). Dies geschieht innerhalb des Gerüsts der alterssequenzierten Strukturierung („biologische Uhr“ und Familiengründung) und gesellschaftlicher Institutionen (Schulsystem).

„Wie der Einzelne sich in diesem Gerüst bewegt, welche Handlungs- und Entwicklungspfade er auswählt und wie konsequent er diese verfolgt, hängt ganz wesentlich von der Richtung und Effektivität individueller Motivation mit ihren impliziten und expliziten Motivprägungen ab.“ (Heckhausen und Heckhausen 2010, S. 469).

Entscheiden dabei ist, welche Gelegenheiten zu welchen Zeitpunkten über den Lebenslauf verteilt sind und welchen Anreizcharakter sie für den Einzelnen haben (z. B. ein guter Schulabschluss wird mit zunehmender Nähe zum Übergang in die Ausbildungsphase relevanter). Vor dem Hintergrund des bereits skizzierten Wandels in der modernen Gegenwartsgesellschaft (vgl. Kapitel 2.1.1) bettet auch Kohli in neueren Veröffentlichungen (Kohli 2000; 2003) seine These des institutionalisierten Lebenslaufes, die er in den 80er Jahren auf Basis einer Normalerwerbsbiographie (gekennzeichnet durch dauerhafter Beschäftigungsverhältnisse in Vollzeit und hoher Arbeitsplatz- und Firmentreue) entwickelte, in den Kontext postmoderner Entwicklungstendenzen und eines Modernisierungsprozesses ein und beschreibt, wie diese eine „Biographisierung des Handelns“ (Kohli 2003, S. 530) und individuelle Gestaltungsfreiheit verstärken und institutionelle Normierungen und Einflüsse somit in den Hintergrund rücken. Die reflexive Moderne (Beck und Bonß 2001) eröffnet eine Optionenvielfalt biographischer Möglichkeiten, stellt neue Anforderungen an die Ausbildung von Identität (Ohlbrecht 2006) und erfordert es, mit biographischen Risiken umzugehen. Kennzeichnende Folgen dieser Entwicklungen sind eine Pluralisierung der Lebensformen und biographische Freiheit auf der einen Seite und andererseits eine Destabilisierung der Normalerwerbsbiographien und Arbeitsverhältnisse sowie eine erzwungene Flexibilisierung des Individuums (Sennett 1999), die einher geht mit Verlust von Stabilität, Kontinuität und Erwartungssicherheit.

Biographische Risiken und Unsicherheitserleben im Kontext der Erwerbsarbeit sowie die Gestalt diskontinuierlicher und atypischer erwerbsbiographischer Verläufe und deren Auswirkungen auf den Menschen sind Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen innerhalb sozialwissen-

schaftlicher Disziplinen, schwerpunktmäßig der Soziologie, Pädagogik und Wirtschaftswissenschaften¹⁷.

Eine grundlegende Linie in diesen Diskursen bezieht sich auf die Darstellung der Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und richtet den Fokus auf die unterschiedlichen Formen von Übergangsphasen und Stationen im Erwerbsverlauf (z. B. Teilzeittätigkeiten, Berufswechsel, Ausstieg)¹⁸. Die begriffliche Spannbreite dieser Gegenentwürfe reicht von diskontinuierlichen oder atypischen Erwerbsbiographien (Schaeper, Kühn et al. 2000; Frosch 2010) bis hin zu Bastelbiographien (Beck und Beck-Gernsheim 1993; Burkart 1993) und Patchworkidentitäten (Keupp 2008).

Eine zweite Linie beschreibt die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf individuelle biographische Entwürfe und Verläufe, z. B. im Hinblick auf die Berufsorientierung und Berufsidentität (Schoon, Martin et al. 2007; Buchholz 2008; Keupp 2008; Reutter 2008; Heinz 2010; Schreiber und Söll 2014), auf den Erwerbseintritt, auf Lernprozesse und die Gestaltung des Erwerbsverlaufs im höheren Alter bzw. über die gesamte Lebensspanne (Preißer 2002; Frerichs 2010; Heckhausen 2010; Naegele 2016) oder auf die Struktur von Ausbildungsverläufen (Hillmert und Jacob 2003). Häufig geht es um die Frage, wie sich biographische Muster an den veränderten Arbeitsanforderungen orientieren.

Die dritte Linie, die sich in der Auseinandersetzung mit den Veränderungen der Erwerbsarbeit abzeichnet und die vorher benannten Schwerpunkte thematisch durchzieht, ist der individuelle Umgang mit den Unsicherheiten und Diskontinuitäten. Letzterer Gegenstand ist für die Rahmung der vorliegenden Untersuchung von besonderem Erkenntnisinteresse und soll daher vertiefend Berücksichtigung finden. Ziel der folgenden Auseinandersetzung ist es, die „Narben im Lebenslauf“ (Sackmann 2013, S. 151) genauer zu betrachten und dabei nicht schwerpunktmäßig deren Gestalt und Struktur in den Mittelpunkt zu rücken, sondern die Verortung und Deutung diskontinuierlicher Erwerbsverläufe aus Sicht der Personen nachzuvollziehen. Diskontinuierliche Erwerbsverläufe werden charakterisiert durch häufige Wechsel zwischen den Statusbereichen (Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit, Familienarbeit, Weiterbildung, Berufswechsel). Die ‚Verbindungsstücke‘ dieser Statusbereiche lassen sich als selbstinitiierte oder erzwun-

¹⁷ Eine Vielzahl der Publikationen gründen auf Ergebnissen der Projekte der Münchener Sonderforschungsbereiche (MSfb) 333, „Entwicklungsperspektiven von Arbeit“ (1986-1996) und 536, „Reflexive Modernisierung“ (1999-2009), des Bremer Sonderforschungsbereichs 186 (BSfb); „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ (1988-2001) oder des überinstitutionellen Projekts 53 „Diskontinuierliche Erwerbsbiographien“ – ein langfristig angelegtes überinstitutionelles Kooperationsprojekt von 2001 bis 2010.

¹⁸ Studien, die sich mit Berufsverläufen bestimmter Berufsgruppen befassen, sind z. B. die von Joost, Kipper et al. (2009) über Altenpflegerinnen/Altenpfleger oder von Grote, Hoff et al. (2001) und Hohner, Grote et al. (2003) über Medizinerinnen/Mediziner und Psychologinnen/Psychologen. Letztere Berufsgruppe ist auch Gegenstand bei Olos (2011).

gene Unterbrechungen, Brüche, Umwege, Schleifen beschreiben. Ein Kernmerkmal in diesem Forschungsbereich ist die Einbettung diskontinuierlicher Erwerbsverläufen in eine individuelle Betrachtung dieser Ereignisse und Verläufe, denn grundsätzlich kann Diskontinuität nicht automatisch mit Instabilität, Unsicherheit oder Prekarität gleichgesetzt werden. Diskontinuitäten sind demnach nicht allein durch Arbeitslosigkeit gekennzeichnet, sondern „durch die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Gestaltung, Planung und Steuerung der eigenen Erwerbsbiographie, die auch die Bereitschaft und Fähigkeit zu beruflichen Neuorientierungen enthält.“ (Preißer 2002, S. 8)

Schaeper, Kühn et al. (2000) arbeiteten anhand einer quantitativen Längsschnittuntersuchung (einschließlich qualitativer Längsschnittdaten) mit einer Kohorte junger Fachkräfte heraus, dass aus subjektiver Sicht Diskontinuität sowohl als Bedrohung der Erwerbskarriere, aber auch als Gelegenheit zur Verwirklichung erwerbsarbeitsfremder Interessen oder als Orientierungsphase und Chance zur Erweiterung beruflicher Optionen interpretiert wird. Erwerbsarbeit behält dabei seine Funktion als „organisierendes Zentrum der Lebensgestaltung“ (ebd., S. 99)¹⁹. Schreiber und Söll (2014) sehen Berufsorientierung als kontinuierliche Entwicklungsaufgabe, die sich angesichts erhöhter Flexibilisierungsanforderungen und Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf über das gesamte Erwerbsleben erstreckt. Auch in ihrer quantitativen Studie über berufliche Identitätskonzepte von Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeitern bestätigte sich, dass diskontinuierliche Erwerbsverläufe individuellen Deutungen unterliegen und kontextabhängig sind. So zeigte sich, dass Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeiter, die in ihrer aktuellen Tätigkeit das Gefühl haben, Einfluss auf ihre Tätigkeit ausüben (hohe Tätigkeitskontrolle) und berufliche Ziele verwirklichen zu können (hohe Selbstüberzeugung), Diskontinuitäten eher als Ausdruck von Selbstverwirklichung, individueller Freiheit und Souveränität bewerten. Bei dieser Gruppe war die Angst vor Arbeitslosigkeit gering. Umgekehrt neigten Personen mit einer geringen Tätigkeitskontrolle zu großen Existenzängsten und Unsicherheitsgefühlen (ebd., S. 10f). Die Arbeit von Gefken, Stockem et al. (2015) gewährt in diesem Zusammenhang einen vertiefenden Einblick in das subjektive Prekaritätsempfinden²⁰ von Leiharbeiterinnen und Leiharbeitern, die vom Forscherteam interviewt wurden. Ausgangspunkt ihrer Arbeit waren zahlreiche Forschungsbefunde

¹⁹ Zur Frage, ob die Berufsausbildung im Rahmen von Flexibilisierung und Diskontinuitäten an Bedeutung verliert (Erosion des Berufs) siehe auch Dostal, Stooß et al. (1998), Heinz (2002; 2010), Münk und Schmidt (2012), Rosendahl und Wahle (2012) oder Schreiber und Söll (2014).

²⁰ Die Daten des sechsten europäischen Surveys „European Working Conditions Survey“ (EWCS), der 2015 zuletzt durchgeführt wurde, geben darüber Aufschluss, dass 16 % der Beschäftigten befürchten, innerhalb der nächsten sechs Monate ihren Arbeitsplatz verlieren zu können. In dieser Umfrage wurden 43.000 Beschäftigte in 35 europäischen Ländern mittels face-to-face Interview u. a. zu ihren Erwerbsarbeitsbedingungen und -risiken sowie zu verschiedenen Gesundheitsaspekten befragt (www.eurofound.europa.eu/surveys/2015/sixth-european-working-conditions-survey-2015, abgerufen am: 28.05.2016).

(z. B. Brinkmann, Dörre et al. 2006; Schiek 2010), die belegten, dass normalbiographische Vorstellungen von Erwerbsarbeit in Sinne von Normalarbeitsverhältnissen für prekär Beschäftigte einen leitenden Orientierungsrahmen darstellen, an dem entweder festgehalten oder sich von ihm abgelöst wird. Doch anhaltende Erwerbsunsicherheit und diskontinuierliche Erwerbsverläufe können nicht mehr „ohne Weiteres zur Ordnung der eigenen Lebensgeschichte“ (Gefken, Stockem et al. 2015, S. 114) herangezogen werden. In ihrer eigenen Untersuchung erweitern sie das Konzept von Normalitätsvorstellungen, in dem sie herausarbeiten, dass die Erwerbssituation nicht nur als prekär empfunden wird, wenn sie nicht dem klassischen Normalarbeitsverhältnis entspricht, sondern auch dann, wenn die erfahrende Arbeitsrealität in Diskrepanz zu drei weiteren Dimensionen steht: Gestaltbarkeit der eigenen Erwerbsgeschichte, Normativität von Anrechten als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (u. a. Sicherheit, beruflicher Aufstieg) und Sinnerwartungen an Erwerbsarbeit. Sie erweitern mit ihren Ergebnissen konzeptionell den Umgang mit Prekarität und deren Deutung für das eigene Leben und zeigen, dass sich neben einem Festhalten oder einer Ablösung an bzw. von Normalarbeitsverhältnissen ein dynamischer Prozess zwischen diesen beiden Optionen vollziehen kann.

„Vielmehr können wir anhand unseres empirischen Materials zeigen, wie sich die Befragten reflektiert, bewusst und aktiv auf einzelne Aspekte des Orientierungsrahmens „Normalarbeitsgesellschaft“ positiv beziehen, andere hingegen umdeuten und mit neuem Sinn versehen, wieder andere hingegen weitgehend relativieren oder gar für ungültig erklären. Statt „Ablösen“ oder „Festhalten“ trifft hier eher das Bild einer stets vorzunehmenden Rekombination bzw. Umdeutung des Orientierungsrahmens der „Normalarbeitsgesellschaft“ zu.“ (ebd., S. 166f).

So wie Ursachenkonstellationen von Diskontinuitäten und subjektive Bedeutungshorizonte deren Bewertungen bedingen, stehen auch die Gestalt erwerbsbiographischer Verläufe, Erfahrungen und sich daraus verdichtete Handlungsmuster und –kompetenzen im Zusammenhang mit diesen Bewertungen. Preißner (2002) arbeitete anhand von 60 Interviews mit Beschäftigten aus zwei Betrieben, deren Arbeitsplätze mittelfristig vom Personalabbau betroffen sein würden, heraus, dass die Verarbeitung des drohenden Arbeitsplatzverlustes sowie die biographischen Gestaltungskompetenzen stark von den bisherigen erwerbsbiographischen Verläufen abhängen. Arbeitskräfte mit kontinuierlicher langer Betriebszugehörigkeit zeigten große psychische Probleme, sich auf Anforderungen einer beruflichen Neuorientierung einzustellen, da sie kaum Zeiten von Arbeitslosigkeit erlebt haben und über eine stark ausgeprägte Betriebsidentität verfügten. Auch Befragte mit sehr negativ besetzten Erfahrungen von Diskontinuitäten erlebten die anstehende Veränderung als Bedrohung. Wurden hingegen in der Vergangenheit selbstinitiierte berufliche Veränderungen vollzogen und positiv gestaltet, wurde davon ausgegangen, auch diese Herausforderung zu bewältigen. Heinz (2002) identifizierte in seiner quantitativen und qualitativen Längsschnittuntersuchung, in der er die Erwerbsbiographien junger Erwachsener in

Deutschland über einen Zeitraum von fast 10 Jahren analysierte, unterschiedliche Konstellationen und entsprechende Bewertungen durch die befragte Kohorte. Selbstinitiierte temporäre Auszeiten, kurzzeitige Erwerbslosigkeiten durch Bildungsphasen oder bewusst geplante Familiengründung wurden als Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, berufliche Chancenoptimierung und Berufsfindungsphase bewertet und z. T. bewusst als solche eingeleitet²¹. Wurde über einen längeren Zeitraum keine Arbeit gefunden, wirkte dies stark belastend auf die jungen Menschen, die dies als Verhinderung ihrer angestrebten Karriere sahen. Der Umgang mit dieser Situation variierte: ein Teil der Gruppe nahm Jobs an, die unter ihrem Qualifikationsniveau lagen, ein Teil nutzte diesen Zeitraum, um sich gezielt auf eine andere sinnhafte Tätigkeit vorzubereiten, und ein Teil der jungen Frauen nutzte diese Phase für die Familienplanung (ebd., S. 233f).

Die Handlungsstrategien und Bewertungen der eigenen Lage hingen stark von biographischen Handlungskompetenzen (biographical agency modes) ab, hier zu verstehen als „resources of individual actions and decisions that structure and restructure a person’s place and identity across the life course.“ (ebd., S. 227) wie z. B. der Grad der Ausprägung einer Karriereorientierung, der Selbstverwirklichung oder der Unternehmensorientierung. Die Argumentation von Heinz, dass Phasen von Erwerbsunterbrechungen bewusste Phasen von Selbstverwirklichung und Berufsorientierung darstellen können, findet sich auch im Beitrag von Hillmert und Jacob (2003) wieder.

„Insofern könnten bewusst diskontinuierliche Ausbildungs- und Erwerbsverläufe – zunächst einmal unabhängig von der direkten Verwertbarkeit am Arbeitsmarkt – ein Indikator der beruflichen Identitätsfindung sein, Mehrfachausbildungen also das ‚Optionenerhalten‘ und den Versuch eines beruflichen Neuanfangs anzeigen. [...] Im fortgeschrittenen Erwerbsverlauf eröffnet die Aufnahme einer weiteren Ausbildung die Chance für eine berufliche Neu- und Umorientierung.“ (ebd., S. 328)

Zu diesem Ergebnis gelangt auch Seltrecht (2012), die in ihrer biographieanalytischen Studie der Frage nachgeht, wie Biographieträger ihre – in dem Fall – Doppelqualifikationen und damit verbundenen Berufs- und Arbeitsstellenwechsel konstruieren und bewerten. Trotz unterschiedlicher Strategien des Qualifikationserwerbs zeigt die Autorin auf, dass damit bewusst und zielgerichtet eine Veränderung der Berufsbiographie angestrebt und erfolgreich umgesetzt wurde (vgl. auch Olos 2011). Abhängig war dieser Prozess von finanziellen, zeitlichen und kognitiven Faktoren.

²¹ Mayer, Grunow et al. (2010) sprechen in Bezug auf Entwicklungen der beruflichen Mobilität von veränderten Mobilitätsnormen. Jüngere Menschen wünschen sich sogar mehr Mobilität und weniger Stabilität (ebd., S. 399). Grundlage ihrer Analyse war der westdeutsche Teil der Deutschen Lebensverlaufsstudie für ausgewählte Jahrgänge der zwischen 1929 und 1975 Geborenen.

Überführt man die bisher benannten Einflussfaktoren auf die Deutungsprozesse in Ressourcen, eröffnet dies den Blick auf fördernde Bedingungskonstellationen im Umgang mit Unsicherheiten und Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf und damit auf Strategien zur „Bewältigung der Verunsicherungen“ (Pelizäus-Hoffmeister 2008, S. 30). Nach Dörre (2008) kann Unsicherheit „nur dann als produktive biographische Herausforderung entschlüsselt werden, wenn ein bestimmtes Niveau an Einkommens- und Beschäftigungsstabilität gesichert ist.“ (ebd., S. 19). Ressourcen stellen nach Heinz (2002) biographische Handlungskompetenzen (biographical agency modes) dar. Zudem spielen das Alter sowie der Ausbildungsstand eine entscheidende Rolle für die Gestaltbarkeit der eigenen beruflichen Zukunft (Preißner 2002); ebenso eine hohe Tätigkeitskontrolle und ausgeprägte Selbstwirksamkeit (Schreiber und Söll 2014), Lernfähigkeit und soziale Unterstützung (König 1993).

Das anschließende Kapitel widmet sich mit dem Blick auf Gesundheitsrisiken in der Erwerbsarbeit und erwerbsbedingten Erkrankungen einem spezifischen Auslöser erwerbsbiographischer Brüche. Da es sich dabei häufig um chronifizierte Leiden handelt, können diese dauerhaft Erwerbsverläufe beeinflussen, wenn bspw. auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung ein Tätigkeits- oder Berufswechsel angezeigt ist.

2.2 Erwerbsarbeit und Gesundheit

Unter dem leitenden Ansatz dieser Arbeit, gesundheitsbedingte Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben zu beleuchten, ist es unabdingbar, sich zunächst genauer mit den Gesundheitsrisiken und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Erwerbsarbeit zu befassen. Im zweiten Teil wird gezielt auf die Arbeitsmarktchancen von Menschen mit Behinderung und Maßnahmen der Teilhabesicherung eingegangen. Besonders relevant erscheint mir in diesem Zusammenhang die genauere Betrachtung von RTW-Prozessen, da dieser Forschungsgegenstand wichtige Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung liefert und zugleich entscheidende Herausforderungen in diesem Prozess markiert.

2.2.1 Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung in der Erwerbsarbeit

Gesundheit und Arbeit ist ein viel erforschter Gegenstand, und eine umfassende Darstellung des Forschungsstandes im Hinblick auf die Wirkungszusammenhänge würde an dieser Stelle zu weit führen. Zielführender ist es, zunächst eine begriffliche Klärung von Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit vorzunehmen, um eine Verständnisbasis für die unterschiedlichen fachlichen Einbettungen dieser Begriffe zu entwickeln.

Anschließend werden ausgewählte statistische Daten zur gesundheitlichen Lage von Beschäftigten in Deutschland präsentiert. Bevor auf gesundheitliche Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt eingegangen wird, erfolgt ein kurzer Abriss der Wirkzusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Risikofaktoren anhand des arbeitspsychologischen Stressmodells. Abschließend wird das vielfältige Spektrum gesundheitsfördernder Maßnahmen im betrieblichen Kontext und deren flankierenden sozialpolitischen Diskurses skizziert.

Begriffsbestimmung der Fähigkeitskonzepte

Gesundheitliche Problemlagen einer Person können im Kontext der beruflichen Tätigkeit dazu führen, dass die Fähigkeiten, diese Tätigkeit auszuüben, eingeschränkt werden. In fachlichen Kontexten spricht man demnach von Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkter Leistungsfähigkeit bzw. eingeschränktem Leistungsvermögen, Erwerbsunfähigkeit oder verminderter Beschäftigungsfähigkeit. An dieser Stelle ist es von Bedeutung, die Begriffe Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit genauer zu betrachten, da sich je nach fachlicher Perspektive unterschiedliche Konzepte und Handlungsansätze dahinter verbergen.

Leistungsfähigkeit ist stark in der Arbeitsphysiologie verankert. Hier bezog sie sich lange Zeit primär auf die körperliche Leistungsfähigkeit und hat inzwischen eine Erweiterung erfahren auf „die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein Mensch in die Realisierung einer Arbeitsaufgabe einbringen kann“ (Sargirli 2007, S. 787). Dieses Verständnis bezieht sich ausschließlich auf das Individuum, ohne eine Relation zu den Arbeitsanforderungen herzustellen. Bedeutung erhält dieses Modell einer isolierten Betrachtung menschlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten in sozialrechtlichen und arbeitsmedizinischen Kontexten.

Ein Ansatz, der die Relation zwischen individuellen Voraussetzungen und dem Erwerbskontext beschreibt, ist das Modell der Arbeitsfähigkeit. Erstmals publiziert von Ilmarinen und Tempel (2002) ist das ‚Haus der Arbeitsfähigkeit‘ (work ability house) (Abbildung 1) das Ergebnis zahlreicher Studien des finnischen Instituts für Arbeitsmedizin, die seit den 1990er Jahren die gesundheitliche Lage von Beschäftigten unterschiedlicher Altersgruppen und in unterschiedlichen Industriesektoren untersuchten²².

²² Auf Basis dieser Studien entwickelte das finnische multidisziplinäre Forscherteam ebenfalls den Work Ability Index (WAI), ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. Erfragt werden anhand von sieben Dimensionen Arbeitsanforderungen, Gesundheitsstatus und Ressourcen. Der WAI ist inzwischen in 25 Sprachen übersetzt und hat sich u. a. als geeignetes Screeninginstrument zur Feststellung von Präventionsbedarf (Olbrich, Beblo et al. 2010) zur Messung der Wirksamkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen BAuA (2013) oder zur Erkennung von Rehabilitationsbedarf im Rahmen betrieblicher Vorsorgeuntersuchungen erwiesen (Bethge, Spanier et al. 2014).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

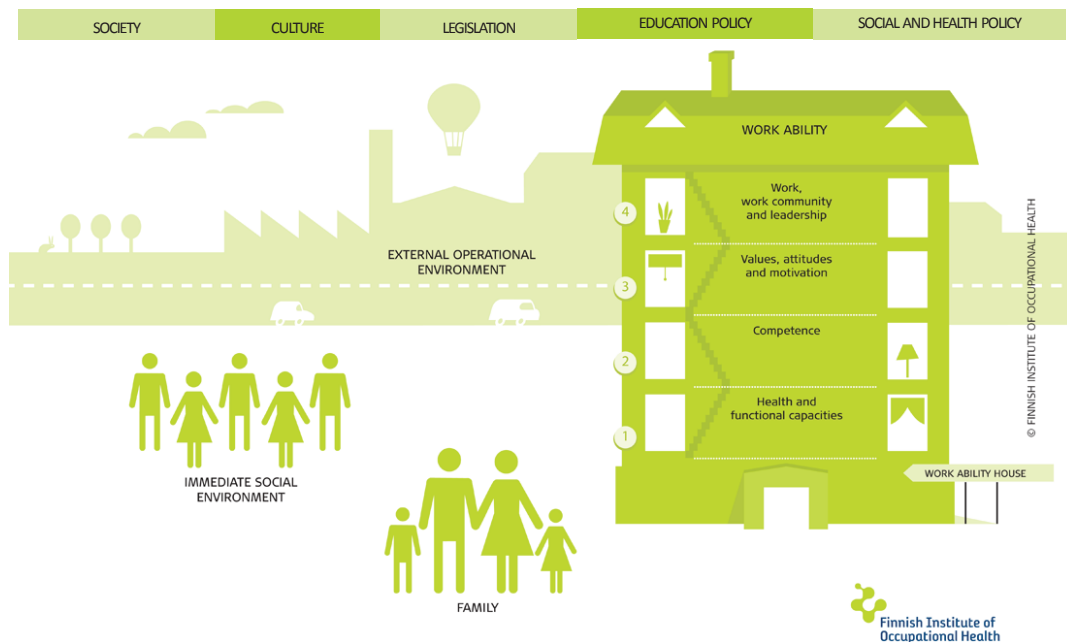


Abbildung 1: Work Ability House (nach: Finnish Institute of Occupational Health)

Das Modell bildet unterschiedliche Faktoren ab, die innerhalb und außerhalb des Erwerbskontextes die Arbeitsfähigkeit determinieren. Bezogen auf den Erwerbskontext bildet die physische und psychische Gesundheit (1. Etage) die Grundlage von Arbeitsfähigkeit, durch Qualifikation und Kompetenz (2. Etage) werden Mitarbeiter befähigt, den Anforderungen ihrer Tätigkeit gerecht zu werden. Befinden sich Einstellungen und Motivation (3. Etage) im Einklang mit der Tätigkeit, ist eine gute Arbeitsfähigkeit gewährleistet. Das 4. Stockwerk der Arbeit umfasst die Arbeitsaufgaben und Anforderungen, das Arbeitsumfeld (Vorgesetzte und Kollegium) sowie die Arbeitsstruktur und Arbeitsumgebung. Symbolisch ausgedrückt liegen alle anderen Stockwerke unter diesem vierten, und es drückt „mit seinem Gewicht auf die unteren – alles, was hier passiert, hat deutliche Auswirkungen auf alle vorher genannten Stockwerke“ (Ilmarinen 2011, S. 23). Laut Ilmarinen liegen die Gründe für die Abnahme von Arbeitsfähigkeit zu 60 % im vierten Stockwerk und sind Folgen mangelnder Arbeitsgestaltung und eines bestimmten Führungsverhaltens. Die restlichen 40 % fallen in den Bereich des Individuums (ebd., S. 25). Außerhalb des Erwerbskontextes liegende Einflussfaktoren umfassen sowohl das persönliche Umfeld der Beschäftigten bzw. des Beschäftigten als auch gesellschaftliche, kulturelle, politische und rechtliche Rahmenbedingungen.

Folgt man diesem Ansatz, kann Arbeitsfähigkeit nur gefördert werden, wenn alle Stockwerke des Arbeitsfähigkeitshauses in Handlungsfelder übertragen werden und gleichzeitig die außerhalb des Erwerbskontextes liegenden Lebensbereiche Berücksichtigung finden. Neben gesundheitsfördernden Maßnahmen für Beschäftigte sind Arbeitgeber demnach aufgefordert,

förderliche Rahmenbedingungen herzustellen, wie z. B. durch Alters- und Gesundheitsmanagement, Weiterbildungsmöglichkeiten und Reflexion des Führungsverhaltens, sowie eine Kultur einer lebensphasen- und lebenslagenorientierter Personalpolitik zu entwickeln. Gleichzeitig appelliert dieses Modell an politische Entscheidungsträger, diese Entwicklungen mit entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zu begleiten.

Eine weitere Perspektive auf erwerbsbezogene Fähigkeiten gewährt das Konzept der Beschäftigungsfähigkeit (employability), wobei die vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Terminus zeigt, dass er vielseitig eingesetzt und unterschiedlich definiert wird (vgl. Gebauer 2016)²³. In der vorliegenden Arbeit wird sich am Modell von Guilbert, Bernaud et al. (2016) orientiert, die es als ein komplexes, dynamisches und sich entfaltendes Beziehungsgeflecht zwischen politischen Richtlinien, Organisationsstrategien, individuellen Charakteristiken sowie den sozialen, ökonomischen, kulturellen und technischen Rahmenbedingungen (Abbildung 2) definieren. Dieses Beziehungsgeflecht bestimmt die Chance zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit und den Verbleib in der Erwerbsarbeit. Die Autoren dieser Definition weisen in ihrer aktuellen Übersichtsarbeit zum Konzept der Beschäftigungsfähigkeit darauf hin, dass noch zu wenige Erkenntnisse über die Beziehungsdynamik der benannten Aspekte vorliegen; insbesondere über die Operationalisierung und die Dimensionen von Beschäftigungsfähigkeit und Beschäftigungsunfähigkeit, im Hinblick auf ältere Beschäftigte (50+) sowie über den Einfluss von Gesundheit und interkulturelle Aspekte.

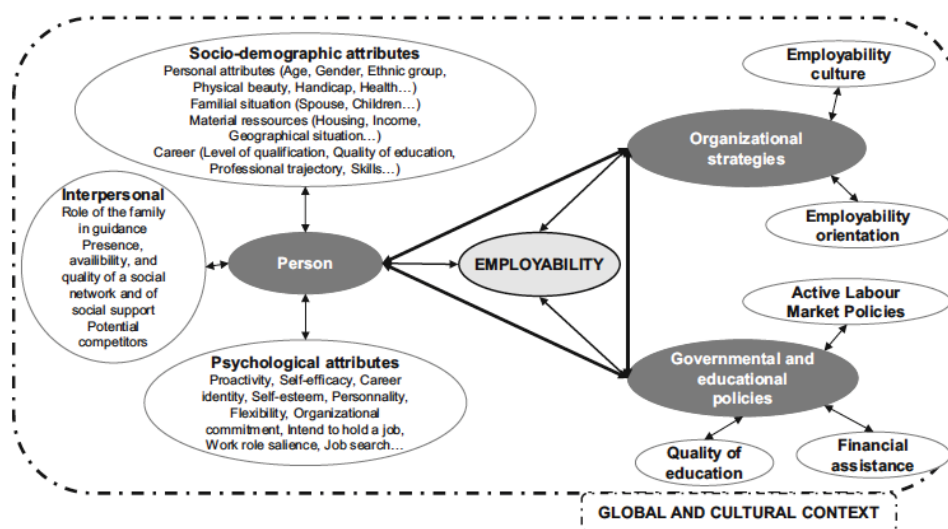


Abbildung 2: Das Modell von Beschäftigungsfähigkeit (aus: Guilbert, Bernaud et al. 2016, S. 80)

²³ In der Forschungspraxis wird Beschäftigungsfähigkeit häufig als Erweiterung des Arbeitsfähigkeitsmodells verstanden. Arbeitsfähigkeit ist demnach Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit (vgl. auch DGUV 2015d).

Diese kurz umrissene wissenschaftliche Betrachtung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zeigt, dass auf konzeptioneller Ebene weiterhin ein Forschungsbedarf besteht. Zugleich finden die Erkenntnisse dieses Gegenstandes, insbesondere das Verhältnis zwischen individuellen Fähigkeiten und Kontextfaktoren, bereits Berücksichtigung im Bereich der Sozialversicherung in Deutschland. Dies zeigt der Blick in das Glossar der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung „Demografische Begriffe mit Bezug zur Arbeitswelt“ (DGUV 2015d), in dem sich differenziert mit dem Begriff der Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt und der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit eingeführt wird.

„Arbeitsfähigkeit (Work ability) beschreibt das Potenzial, eine bestimmte Aufgabe im Arbeitsleben zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Sie definiert das Verhältnis von individueller Leistungsfähigkeit zur jeweiligen Arbeitsanforderung und wird beeinflusst durch individuelle Faktoren (physische, psychische und soziale Gesundheit, Kompetenzen/Qualifikation und Einstellungen) und Faktoren aus der Arbeit (Arbeitsumgebung, soziales Umfeld, physische und psychische Arbeitsanforderungen, Management und Führung).

Oder:

Arbeitsfähigkeit beschreibt, inwieweit Arbeitnehmer in der Lage sind, ihre Arbeit angesichts der Arbeitsanforderungen, Gesundheit und mentalen Ressourcen zu erledigen. Arbeitsfähigkeit ist Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit.“ (ebd., o. A.)

„Beschäftigungsfähigkeit (Employability) ist die Fähigkeit zur Partizipation am Arbeits- und Berufsleben. Diese individuelle Fähigkeit ermöglicht, fachliche, persönliche, soziale und methodische Kompetenzen unter sich wandelnden Rahmenbedingungen zielgerichtet anzupassen und einzusetzen, um eine Erwerbsfähigkeit zu erlangen und zu erhalten. Beschäftigungsfähigkeit setzt Arbeitsfähigkeit voraus.“ (ebd., o. A.).

Im Glossar der Deutschen Rentenversicherung (DRV 2013) „Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung“ werden Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit nicht aufgeführt. Hier finden sich wiederum Definitionen zur Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit. Arbeitsunfähigkeit wird bspw. wie folgt definiert:

„Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. [...] Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.“ (ebd., S. 27)

Diese Definition ist stark an medizinischen Wirkzusammenhängen orientiert und verweist nur begrenzt auf das Verhältnis zwischen individuellen und kontextuellen Faktoren. Es muss eingeräumt werden, dass sich dieses Glossar nicht direkt mit dem der DGUV vergleichen lässt, da letzteres in einem anderen Kontext entstanden ist. Das Glossar der DRV richtet sich primär an sozialmedizinische Sachverständige, das der DGUV wurde aus dem Arbeitskreis „Folgen des demografischen Wandels“ heraus entwickelt. Dennoch wäre es interessant zu beobachten, ob

und in welcher Form sich die Konzepte von Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit im sozialmedizinischen Kontext zukünftig widerspiegeln werden.

Ob Arbeits- oder Beschäftigungsfähigkeit – deutlich wird bei beiden arbeitsmarktpolitischen Begrifflichkeiten eine starke und dynamische Beziehung zwischen den individuellen Voraussetzungen, den Anforderungen der Tätigkeiten, dem Arbeitsmarkt, politischen Zielsetzungen und intermediären „Vermittlungssystemen“ (Nuissl 2003) die determinieren, ob, wie zufrieden und wie lange eine Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann. Mit Blick auf den vorliegenden Untersuchungskontext der Rehabilitation stellt der Begriff der Beschäftigungsfähigkeit dabei die ganzheitlichere Zielkategorie dar. Eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Untersuchung von Gebauer (2016) wirft u. a. die Fragen auf, wie berufliche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihren beruflichen Wiedereingliederungsprozess erleben und bewerten und in welchem Verhältnis ihre „Deutungsmuster“ (ebd., S. 207ff) mit den Konzepten von Beschäftigungsfähigkeit stehen; eine Orientierungsgröße, die im rehabilitationspädagogischen Ansatz als Entwicklung von beruflicher Handlungs- und Integrationskompetenz konzeptionell verortet ist. Vor dem Hintergrund der in ihrer Studie entworfenen vier Deutungsmustertypologien zeigt Gebauer auf, dass sich in Bezug auf die individuellen „Argumentationslinien, was als wichtig für die Aufnahme und den Erhalt eines Beschäftigungsverhältnisses benannt wird, Parallelen zu den ausgehend vom Begriff der Beschäftigungsfähigkeit entwickelten Konzepte erkennen [lassen]“ (ebd., S. 268). Entscheidend sind hier die unterschiedlichen Akzentuierungen dieser Parallelen, die zum einen auf eine hohe Bedeutung der gesundheitlichen Problemlagen für die antizipierte Leistungsfähigkeit im Beruf verweist (z. B. Wie gelingt der Balanceakt zwischen Anforderung und Überforderung?) und zum anderen den Einfluss berufsbiographischer Komponenten für die Zukunftserwartungen herausstellt (Kann man sich mit den erworbenen Qualifikationen gegenüber Mitbewerbern durchsetzen?).

Daten zur gesundheitlichen Lage Beschäftigter in Deutschland

Einen differenzierten Ausschnitt der gesundheitlichen Lage von Beschäftigten in Deutschland verschafft der jährlich veröffentlichte Fehlzeitenreport des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und der Universität Bielefeld. Dieser liefert Daten und Analysen zu den gesundheitsbedingten Fehlzeiten der erwerbsfähigen AOK-Mitglieder in 21 Branchen der deutschen Wirtschaft²⁴. Aus dem aktuellen Bericht (Badura, Ducki et al. 2016) geht hervor, dass im Jahr

²⁴ Bundesweit lag laut Statistischem Bundesamt der durchschnittliche Krankenstand, d. h. der Umfang der Krankmeldungen durch Beschäftigte, 2015 bei 4,0 % mit einer durchschnittlichen Dauer von 10 Tagen. ([www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/ Dimension2/23Krankenstand.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/Dimension2/23Krankenstand.html), abgerufen am: 06.05.2017).

2015 jeder Beschäftigte im Durchschnitt 19,5 Tage arbeitsunfähig erkrankt war. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stellten mit 21,8 % die häufigste Ursache von Fehlzeiten dar, gefolgt von Atemwegserkrankungen (13,0 %), Verletzungen (10,8 %), psychischen Erkrankungen (10,5 %) sowie Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems und der Verdauungsorgane (6,1 bzw. 5,2 %) (ebd., S. 251). Auffallend war insbesondere die Zunahme der Fehltage auf Grund psychischer Erkrankungen seit 2004 um knapp 72 %. Psychisch erkrankte Beschäftigte wiesen mit rund 25,5 Tagen mehr als doppelt so lange Ausfallzeiten als der Durchschnitt mit 11,6 Tagen auf. Der Krankenstand war in der Branche ‚Energie, Wasser, Entsorgung und Bergbau‘ – bedingt durch Arbeitsunfälle – mit 6,5 % am höchsten. Auch die öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung verzeichnete hohe Krankenstände mit 6,3 %. Am niedrigsten lag der Krankenstand in der Branche der Banken und Versicherungen mit 3,7 %. Psychische Erkrankungen traten gehäuft in der Branche ‚Gesundheits- und Sozialwesen‘ auf (ebd., S. 252). Mit Blick auf das Lebensalter geht aus dem Bericht hervor, dass ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seltener krank waren, sie allerdings über einen längeren Zeitraum ausfallen, wenn sie erkranken. In der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen waren zunehmend Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Herz- und Kreislauferkrankungen zu verzeichnen. Von psychischen Erkrankungen waren am häufigsten die 30- bis 39-Jährigen betroffen. Allgemein zeigten sich kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf den Krankenstand (bei beiden Gruppen ca. 5,2 %); es gab jedoch signifikante Unterschiede in Bezug auf das Krankheitsspektrum. Die Fehltage waren bei Männern häufiger als bei Frauen durch Muskel- und Skeletterkrankungen begründet (23 % bzw. 20,2 %). Bei Frauen gingen die Fehltage häufiger als bei Männern auf psychische Erkrankungen zurück (13,5 % bzw. 8,1 %) (ebd., S. 343).

Aufschluss über die gesundheitliche Lage gibt neben den gesundheitsbedingten Fehltagen die Erwerbsminderungsstatistik der DRV (2015a). Im Jahr 2014 wurden rund 1,36 Millionen Renten in Deutschland neu bewilligt, davon rd. 171 Tausend Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten)²⁵. Die Diagnosegruppe der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) nahm 2014 mit 43,1 % den größten Anteil der EM-Renten ein und stieg seit 1995 (28,9 %) deutlich an. Zweitgrößte Diagnosegruppe waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 12,9 %. Deren Anteil nimmt seit 1995 (28,9 %) stetig ab. Von den rund 73 Tsd. EM-Rentenzugängen wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen im Jahr

²⁵ Der Anteil der EM-Renten an den Rentenzugängen hat deutlich abgenommen. 1996 betrug der Anteil noch rd. 280 Tausend EM-Renten. Vermutete Faktoren hinter diesem Rückgang sind verschärfte Zugangsvoraussetzungen, die sinkenden EM-Rentenzahlungsbeträge oder demographische Effekte, aber auch ein verbesserter Gesundheitszustand und verbesserte Beschäftigungschancen für Ältere (vgl. www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/142660/strukturen-und-trends, Zugang: 24.07.2016).

2014 lag der größte Anteil mit rd. 57 % bei den Frauen. Bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes war kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen festzustellen (49,6 % bzw. 50,4 %). Das Durchschnittsalter bei Rentenbeginn wies hingegen deutliche Unterschiede zwischen beiden Hauptdiagnosegruppen auf und lag – sowohl bei Frauen als auch bei Männern – bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei rd. 49 Jahren und bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bei rd. 55 Jahren.

Im Hinblick auf das Krankheitsspektrum lassen sich in Bezug auf psychische Erkrankungen die deutlichsten Unterschiede zwischen den Statistiken des Fehlzeitenreports und der DRV ermitteln. Psychische Erkrankungen führen zwar zu weniger Fehlzeiten als Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, führen jedoch zu längeren Fehltagen und stehen erster Stelle bei den neu bewilligten EM-Renten. Für beide Settings gilt, dass psychische Erkrankungen statistisch gesehen stetig zunehmen. Es lässt sich hier nur vermuten, dass die Krankschreibung auf Grund einer psychischen Erkrankung aus Angst vor Stigmatisierung am Arbeitsplatz eher nicht in Anspruch genommen wird, aber langfristig gesehen zu so massiven Teilhabebeeinträchtigungen führen kann, dass die EM-Rente als einziger Ausweg erscheint. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass eine hohe Anzahl von Beschäftigten trotz hoher psychischer Belastung täglich zur Arbeit geht.

Arbeitspsychologisches Stressmodell

Welche Faktoren der Erwerbsarbeit sind es, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken? Bevor diese Frage beantwortet wird, soll zunächst umrissen werden, wie sich Arbeitsbelastungen in Risikofaktoren für die Gesundheit entwickeln können. Unterschiedliche Stressmodelle aus dem Fachgebiet der Psychologie bieten hier Erklärungsansätze. In der deutschen Arbeitswissenschaft haben sich insbesondere das Belastungs-Beanspruchungskonzept (Rohmert und Rutenfranz 1975) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) durchgesetzt. Weithin akzeptiert ist darüber hinaus auch das transaktionale Stressmodell (Lazarus und Folkman 1984). Statt auf die einzelnen Stressmodelle einzugehen, wird an dieser Stelle ein arbeitspsychologisches Modell herausgegriffen, das als Erweiterung des transaktionalen Stressmodells zu verstehen ist und dabei einen starken Anwendungsbezug aufweist. Bamberg et al. (Greif 1991; Bamberg, Busch et al. 2003; Bamberg, Keller et al. 2012) haben damit ein Konzept entwickelt, das prozesshaft Stressoren, Risikofaktoren und Stressfolgen abbildet und gleichzeitig die Rolle der Ressourcen sowie Aspekte der individuellen Bewertung und Bewältigung umfasst. Arbeitsstress gilt in diesem Konzept als ein unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung heraus entsteht, dass eine aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und subjektiv lang andauernde Situation nicht vollständig kontrollierbar ist und deren Vermeidung als subjektiv wichtig bewertet wird (Greif 1991). Auslöser von Stressprozessen werden

auf der Ebene der Arbeitsbedingungen und auch auf der personenbezogenen Ebene verortet. Stressoren aus dem Arbeitskontext können sich aus den Arbeitsbedingungen und Arbeitsaufgaben ergeben wie z. B. Umweltbelastungen oder Zeitdruck. Zu den personenbezogenen Faktoren zählen Erkrankungen oder emotionale Belastungen. Diese Einflussgrößen bedingen in ihrer Gesamtheit den Stressprozess, d. h. ein Stressor oder Risikofaktor ist nicht für jeden Menschen stressauslösend (Bamberg, Keller et al. 2012, S. 13). Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit körperlicher oder psychischer Belastungen, wenn bestimmte Arbeitsbedingungen, wie z. B. schwere körperliche Arbeit oder Zeitdruck, über einen längeren Zeitraum erbracht werden müssen bzw. anhalten. Ob Stress entsteht, hängt zudem von Bewertungs- und Bewältigungsprozessen ab. Anknüpfend an das transaktionale Stressmodell wird zwischen primären Bewertungen (ob der Stressor als positiv, gefährlich oder irrelevant bewertet wird) und sekundären Bewertungen (Einschätzung der verfügbaren Ressourcen zur Stressbewältigung) unterschieden. Im Kontext der Stress-Bewältigung, aber auch zur Stressvermeidung und Minderung der Stressfolgen, spielen Ressourcen eine zentrale Rolle. Auch diese werden unterteilt in bedingungsbezogene und personenbezogene Ressourcen. Ressourcen im Arbeitskontext sind bspw. der Handlungsspielraum, Autonomie und soziale Unterstützung. Personenbezogene Ressourcen umfassen soziale Kompetenzen oder Bewältigungsstrategien. Zu den Stressfolgen, die im arbeitspsychologischen Stressmodell benannt werden, zählen kurz- oder langfristige Auswirkungen auf somatischer, kognitiv-emotionaler und verhaltensbezogener Ebene, z. B. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Depression, Burnout oder Präsentismus²⁶/Absentismus sowie negatives Gesundheitsverhalten. Das arbeitspsychologische Stressmodell weist einen starken Anwendungsbezug auf, denn es ermöglicht einen Fokus auf Stressoren und Risikofaktoren und zugleich eine Konzipierung zielgerichteter Interventions- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten auf individueller Ebene wie auch im Arbeitskontext. Es bietet zugleich Ansätze für Prävention und Rehabilitation. Abbildung 3 illustriert das arbeitspsychologische Stressmodell.

²⁶ Präsentismus bezeichnet das Phänomen, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Die Präsentismusrate ist besonders hoch in den Berufsfeldern Pflege, Betreuung und Bildung (Aronsson, Gustafsson et al. 2000; Gerstenberg, Storm et al. 2013; Habermann-Horstmeier und Limbeck 2016). In der Präsentismusforschung werden umfassend die Produktivitätseinbußen durch Präsentismus untersucht (Wilke, Elis et al. 2015), während nur wenig über die Ursachen und individuellen Beweggründe für dieses Verhalten bekannt ist (Steinke und Badura 2011).

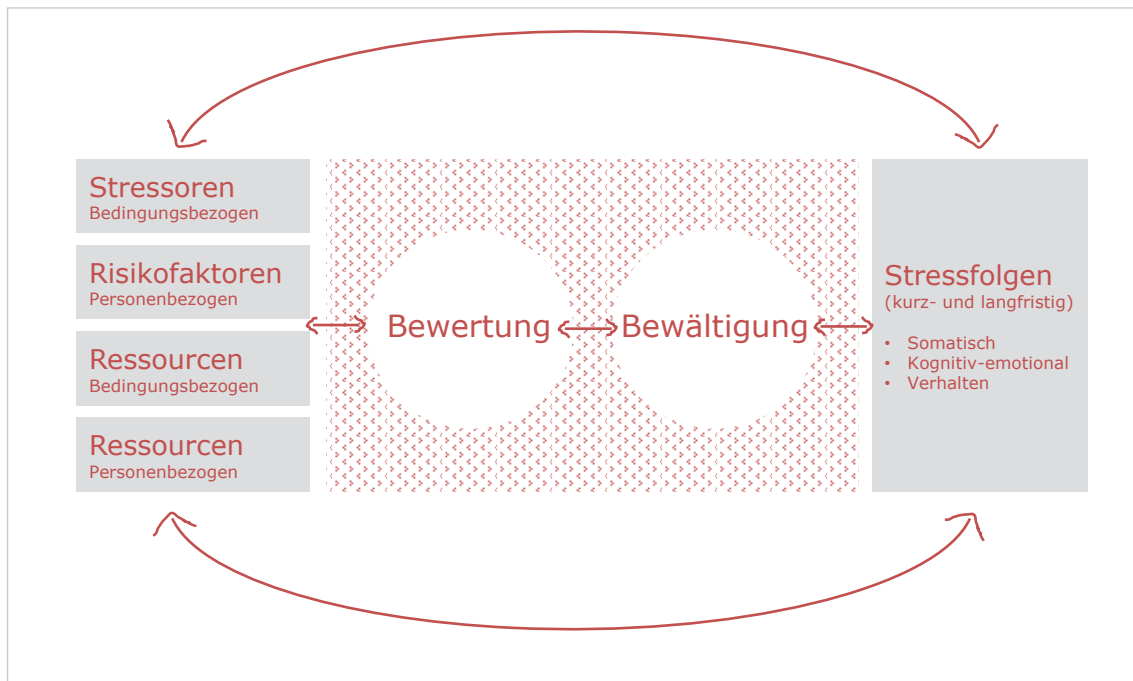


Abbildung 3: Arbeitspsychologisches Stressmodell (nach: Bamberg, Keller et al. 2012)

Psychische und körperliche Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt

Im nationalen und internationalen Bereich liegen eine Vielzahl von Studien vor, die Auswirkungen bestimmter Arbeitsbedingungen und –faktoren auf die körperliche und auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten untersuchen, z. B. Überstunden und Schichtarbeit (Harrington 2001; Virtanen, Stansfeld et al. 2012), Zeitarbeit (Siemund 2013), Mobbing (Einarsen und Nielsen 2015) oder Flexibilisierung (Blossfeld, Hofäcker et al. 2008; Ferrie, Westerlund et al. 2008; Galais, Sende et al. 2012) und Arbeitsplatzunsicherheit (Laszlo, Pikhart et al. 2010; Ferrie, Kivimäki et al. 2013; Virtanen, Nyberg et al. 2013; Barrech, Baumert et al. 2016b) sowie ständige Erreichbarkeit (Hassler und Rau 2016) auf die im Einzelnen aber nicht eingegangen werden kann. Verwiesen sei an dieser Stelle auf eine aktuelle Veröffentlichung von Rau (2015), die auf Basis einer systematischen Literatursuche nach Metaanalysen und systematischen Reviews ermittelte, welche psychischen Belastungen nach aktuellem Stand der Wissenschaft als gesicherte Risikofaktoren für Gesundheitsbeeinträchtigungen gelten können. Gesundheitsgefährdend sind nach ihrer Analyse:

- hoher Job Strain (d. h. die Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität),
- iso-strain (d. h. die Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität bei gleichzeitig geringer sozialer Unterstützung),
- hohe Arbeitsintensität (Job demand),
- geringer Handlungsspielraum (Job control),

- Effort-Reward-Imbalance (Ungleichgewicht zwischen erlebter beruflich geforderter Leistung und dafür erhaltener Belohnung/Wertschätzung),
- Überstunden,
- Schichtarbeit (mit Einschränkungen),
- geringe soziale Unterstützung,
- Rollenstress,
- Bullying/aggressives Verhalten am Arbeitsplatz und
- Arbeitsplatzunsicherheit (ebd., S. 35).

Für den deutschsprachigen Raum liefert der Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2012)²⁷ in Bezug auf Faktoren, die sich belastend auf die Gesundheit auswirken können, wichtige Erkenntnisse. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit sind es aus Sicht der befragten Beschäftigten (N = 17.562) Faktoren wie der starke Termin- und Leistungsdruck (52 %), Arbeitsunterbrechungen (44 %) sowie sehr schnell arbeiten zu müssen (39 %), die als belastend erlebt werden (ebd., S. 34). Arbeitsinhaltliche und -organisatorische psychische Anforderungen treten besonders häufig im verarbeitenden Gewerbe, Baugewerbe, Verkehr und Lagerei sowie im Gesundheits- und Sozialwesen auf. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Online-Befragung mit dem Titel „Betriebliches Gesundheitsmanagement 2016“ der gesetzlichen Krankenversicherung pronovaBKK²⁸. Hier gaben 86 % der 1.660 befragten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an, unter Belastungen im Arbeitsalltag zu leiden. Ständiger Termindruck (38 %), schlechtes Arbeitsklima (37 %) und emotionaler Stress (36 %) waren die meistgenannten Belastungsfaktoren.

In dieser Untersuchung betrachteten nur ein Fünftel der Befragten die direkte Vorgesetzte bzw. den direkten Vorgesetzten als Vorbild für gesundheitsförderndes Arbeiten. Auch laut Stressreport ist das Führungsverhalten der Vorgesetzten ein erwiesener Einflussfaktor auf die Mitarbeitergesundheit. So besteht bspw. ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Hilfe und Unterstützung vom direkten Vorgesetzten und der Anzahl der Gesundheitsbeschwerden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (N = 17.562), die angaben, nie Unterstützung zu erfahren, berichteten von mehr als sechs gesundheitlichen Beschwerden (39 %), wohingegen von den Beschäftigten, die häufig unterstützt werden, nur 17 % von mehr als sechs gesundheitlichen Beschwerden berichteten (ebd., S. 124). Schon Porth et al. (2012) stellen auf Basis der Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 einen Zusammenhang zwischen schlechter Arbeitszufriedenheit und Arbeitsunfähigkeit fest:

²⁷ vgl. Fußnote 12

²⁸ www.pronovabkk.de/presse/stu-di-en-der-pro-no-va-bkk/studie-betriebliches-gesundheitsmanagement-2016-f18693cc53-97bb29 (abgerufen am: 24.07.2016)

„Mit Arbeitsunfähigkeit sind die Unzufriedenheit mit Art und Inhalt der Arbeit, den Aufstiegsmöglichkeiten und dem direkten Vorgesetzten sowie die Unzufriedenheit mit den körperlichen Arbeitsbedingungen am stärksten assoziiert.“ (ebd., S. 294)

In der schwedischen Längsschnittstudie von Nyberg, Alfredsson et al. (2009) konnte eine bedeutsame Relation zwischen Defiziten im Führungsverhalten und akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefunden werden. Holstad et al. (2013) untersuchten in einer Querschnittstudie in Deutschland, Finnland und Schweden den Einfluss von Führungsverhalten auf die psychische Beanspruchung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und belegten, dass sowohl transformationales Führungsverhalten²⁹ als auch prozedurale Fairness³⁰ auf individueller Ebene negative Prädiktoren von emotionaler Erschöpfung und kognitiver Irritation darstellen. Diese beiden Dimensionen guter Führung wirken demnach positiv auf die Gesundheit der Angestellten.

Insgesamt gilt es, bei der Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit, die nachgewiesene hohe Belastung für Führungskräfte selbst zu berücksichtigen. Führungskräfte berichten in höherem Maße von einer Stresszunahme in den vergangenen zwei Jahren sowie von quantitativer und qualitativer Überforderung im Vergleich zu Angestellten ohne Personalverantwortung (BAuA 2012, S. 87). Im Stressreport wird resümiert:

„Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass es einen Zusammenhang zwischen der Arbeits- und Gesundheitssituation von Führungskräften und deren Führungsverhalten gibt: Je ungünstiger die Anforderungs- und Ressourcensituation ist und je schlechter die Gesundheitsindikatoren von Führungskräften ausfallen, desto weniger gesundheitsförderlich wird geführt (Wilde, Dunkel et al. 2009).“ (ebd., S. 127)

Betrachtet man gezielt die Einflussgrößen körperlicher Gefährdungsfaktoren im Erwerbskontext, so verdeutlicht das Handbuch der Gefährdungsbeurteilung der BAuA (2016) das Spektrum dieser Faktoren. Sie reichen von mechanischen und elektrischen Gefährdungen über Gefahrstoffe hin zu Gefährdungen durch Arbeitsumgebungsbedingungen und Arbeitsschwere (z. B. Heben, Tragen, Zwangshaltung). Gesundheitliche Risiken werden von den Beschäftigten durchaus bewusst wahrgenommen werden, wie die ersten veröffentlichten Daten des sechsten europäischen Surveys „European Working Conditions Survey“ (EWCS)³¹ zeigen. Interessant ist dabei, dass in dieser Befragung schwerpunktmäßig das subjektiv empfundene Gesundheitsrisiko in der Arbeitswelt von Beschäftigten untersucht wird. Bezogen auf körperliche Risiken (Heben,

²⁹ In Anlehnung an Bass und Riggio (2006) und Bass (1985) beschreiben Holstad, Rigotti et al. (2013) diesen Führungsstil durch vier Facetten: Förderung innovativen Denkens (Intellectual Stimulation), Vorbildfunktion (Idealized Influence), individuelle Unterstützung (Individual Consideration) sowie Vermittlung einer attraktiven überzeugenden Zukunftsvision (Inspirational Motivation).

³⁰ Prozedurale Fairness bezieht sich auf die wahrgenommene Fairness von Prozessen, mittels derer Verteilungen von Ressourcen und Entlohnungen vorgenommen werden (Thibaut und Walker 1975, in: Holstad et al., S. 165).

³¹ vgl. Fußnote 20

Chemikalien, Lärm etc.) im Job gaben 2015 im Durchschnitt 23 % der Beschäftigten in der EU an, dass sie ihre Gesundheit als gefährdet einschätzen.

Die Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV 2015b) zum Arbeitsunfallgeschehen 2014 verzeichnete in diesem Jahr 865.500 Arbeitsunfälle. Dazu zählen zu einem großen Anteil Verletzungen durch Maschinen bzw. Werkzeuge oder Stürze. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl um 0,5 % gesunken. Im Jahr 2000 wurden noch 1.380.289 Arbeitsunfälle gemeldet; das sind rd. 37,3 % mehr als 2014. Diese Zahlen sprechen für eine deutlich verbesserte Arbeitssicherheit. Gestiegen ist hingegen die Anzahl der Berufskrankheiten. Im Vergleich zu 2014 stieg die Zahl der Anzeigen mit Verdacht auf eine Berufskrankheit um 7,6 %. Laut Aussagen der DGUV³² liegt eine Erklärung hierfür in der Aufnahme vier neuer Berufskrankheiten (z. B. weißer Hautkrebs und Kehlkopfkrebs) in die Berufskrankheitenliste³³. Für 2015 liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine differenzierten Angaben über die Art der Erkrankungen vor, doch die Statistik von 2014 gibt darüber Aufschluss (DGUV 2015c). In der Rangfolge der häufigsten anerkannten Berufskrankheiten stehen Hauterkrankungen an erster Stelle (57,39 %), gefolgt von Lärmschwerhörigkeit (17,8 %). An neunter Stelle stehen bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung. Betrachtet man die angezeigten Verdachtsfälle in dieser Gruppe, erschließt sich, dass diese Berufskrankheit im Vergleich zu allen anderen die größte Steigerung zwischen 2013 und 2014 aufweist: 2014 wurden 506 mehr Verdachtsfälle auf bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule als 2013 gemeldet. Die Anerkennungsquote in dieser Gruppe liegt hingegen mit rund 7,1 % eher im unteren Bereich im Vergleich zu den Berufskrankheiten innerhalb der Gruppe der durch physikalische Einwirkungen verursachten Krankheiten (mechanische Einwirkungen). Am geringsten ist mit rund 0,4 % die Anerkennungsquote von bandscheibenbedingten Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass die zuvor aufgezeigten psychischen Belastungen und die sich manifestierten psychischen Erkrankungen nicht in der Berufskrankheiten-Liste aufgenommen sind, da eine eindeutige Kausalitätskette zwischen beruflichen Belastungen und psychischen Erkrankungen schwer wissenschaftlich nachweisbar ist. Dazu heißt es auf der Seite der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie:

³² www.deutsche-handwerks-zeitung.de/zahl-der-arbeitsunfaelle-gesunken/150/22776/327498 (abgerufen am: 29.05.2016)

³³ Diese ist Bestandteil der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV).

„Rückenbeschwerden nach stundenlanger Bildschirmarbeit, Herz-Kreislauf-Probleme durch zu viel Stress oder Krankheiten des Nervensystems durch psychische Belastungen erfüllen nicht die gesetzlichen Kriterien für eine Anerkennung als Berufskrankheit; hier liegen bisher auch keine gesicherten medizinischen Erkenntnisse über Zusammenhänge vor, die eine Anerkennung als „Wie-Berufskrankheit“ erlauben könnten.“³⁴

Die Auswirkungen körperlich schwerer Arbeit werden verstärkt im Zusammenhang mit den demographischen Veränderungen in Deutschland diskutiert, der zu Folge der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil Jüngerer steigt³⁵, immer mehr ältere Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgehen und bereits in einigen Branchen Nachwuchsmangel zu verzeichnen ist. Laut Statistischem Bundesamt hat in keiner Altersgruppe die Erwerbsbeteiligung in Deutschland in den vergangenen Jahren so stark zugenommen wie unter den 55- bis 65-Jährigen. Im Jahr 2005 lag die Erwerbstätigenquote unter den 60-bis 65-Jährigen noch bei 28,1 %, 2014 bereits bei 52,3 %; bei den 55- bis 60-jährigen stieg die Quote von 63,3 % (2005) auf 76,9 % (2014) (Statistisches Bundesamt 2015b, S. 356). Gleichzeitig, so geht aus der Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2015a) hervor, wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter schrumpfen. Der Anteil der 20- bis 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird von 61 % im Jahr 2013 auf etwa 51 % im Jahr 2060 sinken (ebd., S. 20). Ein höheres Lebensalter geht mit biologischen Alterungsprozessen einher. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das individuelle Krankheitsrisiko und die Wahrscheinlichkeit von Funktionseinschränkungen (RKI 2015, S. 435). Dauerhafte Belastungen in der Erwerbsarbeit wirken sich damit zusätzlich negativ auf die Gesundheit der älter werdenden Belegschaft aus. Es ist daher nicht überraschend, dass sich ältere Beschäftigte durch schwere Arbeit stärker belastet fühlen als Jüngere (BAuA 2014).

Im Zusammenhang mit gesundheitlichen Risikofaktoren ist es unabdingbar, gleichzeitig die Frage nach gesundheitsfördernden Ressourcen im beruflichen Kontext aufzuwerfen wie bereits im arbeitspsychologischen Stressmodell ersichtlich wurde. Im Stressreport werden zwei zentrale Ressourcen herausgestellt, die in besonderem Maße ein Mittel zur Bewältigung von Stress im Erwerbsleben und dessen Folgen darstellen (vgl. Weichel 2012): Handlungsspielraum und soziale Unterstützung. Handlungsspielraum wird in diesem Zusammenhang definiert als die Einflussnahme auf die eigene Arbeitsplanung, den Pausenzeitpunkt und die Arbeitsmenge (ebd., S. 69). Ressourcen werden unterschieden nach guter Zusammenarbeit im Kollegium, dem Gefühl, Teil des Teams zu sein, und Hilfe und Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen sowie durch Vorgesetzte (ebd., S. 76) zu erfahren. Wird der eigene Handlungsspielraum als gering eingeschätzt, wird der Gesundheitszustand allgemein als schlechter beschrieben.

³⁴ www.bgrci.de/rehabilitation-und-leistungen/berufskrankheiten/berufskrankheiten-liste/ (abgerufen am: 30.05.2016)

³⁵ Aus der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland bis 2016 des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass die Anzahl der Hochbetagten (ab 80 Jahre) 2060 doppelt so hoch sein wird wie heute.

So bezeichnen 36 % der befragten Beschäftigten mit nur wenig Einfluss auf die Arbeitsmenge ihren subjektiven Gesundheitszustand als gut bis sehr gut, 49 % als weniger gut bis schlecht. Gravierender wird dieser Unterschied bei fehlender Unterstützung von der bzw. dem Vorgesetzten. Hier sind es nur 13 %, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzen, 31 % bewerten ihn als weniger gut bis schlecht.

Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeitswelt

Die vorangegangene Auswahl an Statistiken³⁶ und Erklärungszusammenhängen spiegeln einen bedeutenden Ausschnitt der Risiken in der Arbeitswelt wider und eröffnen gleichzeitig das Themenfeld gesundheitsspezifischer Interventionsansätze in der betrieblichen Praxis sowie auf individueller Ebene. Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) bietet einen grundlegenden rechtlichen Rahmen, der die Arbeitgeber verpflichtet, regelmäßig die Belastungen durch Gefährdungsbeurteilungen zu messen, die Beschäftigten über Gesundheitsgefahren aufzuklären sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen zu etablieren³⁷. Zu den Grundpflichten des Arbeitgebers zählt demnach die Verbesserung des Gesundheitsschutzes für die Beschäftigten (§ 3 Abs. 1 ArbSchG). In § 4 Abs. 4 ArbSchG wird bspw. dazu ausgeführt: „Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen.“

Das ArbSchG bildet zudem die gesetzliche Grundlage für Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), ohne dabei verpflichtend zu sein. BGM bildet das Dach für unterschiedliche gesundheitsbezogene Handlungsfelder sowie für die drei Hauptsäulen: Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) (vgl. Kiesche 2013).

Im Hinblick auf die Gestalt und Ziele der gesundheitsfördernden Maßnahmen im betrieblichen Kontext, die gesetzlichen Verankerungen und zuständigen Kostenträger sowie auf die beteiligten Akteure, müssen diese grundlegend voneinander unterschieden werden. So unterliegen

³⁶ Eine aktuelle Übersicht relevanter Datensätze für Deutschland zum Themenkomplex ‚Arbeit und Gesundheit‘ liefert der Artikel von Zeidler, Burr et al. (2015).

³⁷ Es liegen mehrere Verordnungen vor, die im Rahmen des ArbSchG die Gestaltung, Einrichtung und technische Ausrüstung z. B. von Arbeitsräumen regeln (Arbeitsstättenverordnung oder die Bildschirmarbeitsverordnung) oder mit denen die Arbeitsgestaltung zu bewerten und ggf. zu verbessern ist; bspw.: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung und Gestaltungsmöglichkeiten (Joiko, Schmauder et al. 2010), Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit (Grzech-Sukalo und Hänecke 2008) oder Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten (SIGMA)/Bewertung von Arbeitsbedingungen (BASA II) (www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/SIGMA-und-BASA/SIGMA-und-BASA.html, abgerufen am: 28. Mai 2015). Darüber hinaus bieten gesetzliche Regelungen auf EU-Ebene ein gemeinsames Grundverständnis für die verschiedenen Akteure der Arbeitswelt in Bezug auf Gefährdungsbeurteilungen und Gestaltungshinweise, z. B. die Maschinenrichtlinie.

beispielsweise Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung³⁸ dem SGB V (vgl. §20 a SGB V). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist gesetzlich im § 84 SGB IX verankert und sieht die Deutsche Rentenversicherung als zentralen Akteur für die Beratung und Unterstützung der Betriebe bei der Wiedereingliederung ihrer Beschäftigten. Das BEM kommt dann zum Tragen, wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Ziel des BEM ist es, die Beschäftigten mit geeigneter Unterstützung im Betrieb zu halten und Entlassungen wegen Erkrankung oder Behinderung zu vermeiden.

In den vergangenen Jahren wurden im Rahmen öffentlich geförderter Projekte und Initiativen zahlreiche Instrumente und Handlungshilfen für Unternehmen entwickelt, die sie in der Umsetzung des BGM, BGF und der Gefährdungsbeurteilung unterstützen sollen³⁹. Eine große Auswahl an Handlungshilfen bietet die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA). Die INQA wurde 2002 vom BMAS initiiert und vereint u. a. Arbeitgeberverbände, Unternehmen, Gewerkschaften und Sozialversicherungsträger mit dem Ziel, die Qualität der Arbeit zu verbessern. Gesundheit ist dabei eins von vier Handlungsfeldern⁴⁰. Neben Tools zur Bestandsaufnahme, Handlungshilfen, die in unterschiedlichen Forschungsprojekten entwickelt wurden sowie Beratungs- und Auditierungsprogrammen bietet diese Plattform den Unternehmen und ihren Beschäftigten die Möglichkeiten zur Vernetzung. Beispielhaft stellen folgende Aufzählungen das vielfältige Spektrum der Angebote dar:

- Förderung Ihrer psychischen Gesundheit - eLearning-Tool für Beschäftigte⁴¹
- Handlungshilfe: Lange Lehren – Wege für mehr Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Lehrberuf⁴²
- Fit für den demografischen Wandel: Demografie-Lotsen unterstützen den Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in Unternehmen⁴³
- Teilnahme an Arbeitskreisen der Partnernetzwerke „Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn)“⁴⁴ oder „Offensive Gutes Bauen“⁴⁵

³⁸ Eine Orientierungsgrundlage für Unternehmen zur Ausgestaltung von BGF-Maßnahmen bietet die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU“. BGF umfasst hiernach „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ (www.luxemburger-deklaration.de, abgerufen am: 11. Juni 2016)

³⁹ Neben diesen Veröffentlichungen gibt es eine Vielzahl an Fachbüchern zu dem Themenfeld des BGM. Allein bis zum Halbjahr 2016 sind laut Suchergebnis bei Amazon mehr als 20 dieser Publikationen im deutschsprachigen Raum erschienen bzw. angekündigt und verdeutlichen die hohe Relevanz des BGM; bspw. unter den Titeln „Betriebliche Gesundheit managen – ein Praxisleitfaden“ (Gutmann 2016), „Prävention von Erschöpfung in der Arbeitswelt“ (Pirker-Binder 2016) oder „Innovationen gesund gestalten: Ein Praxisleitfaden zur Gestaltung gesunder Unternehmensstrukturen“ (Ducki und Brandt 2016).

⁴⁰ Die drei weiteren Handlungsfelder sind: Personalführung, Chancengleichheit und Diversity sowie Wissen und Kompetenz.

⁴¹ <http://psyga.info/ueber-psyga/materialien/elearning-tool-fuer-beschaefigte> (abgerufen am: 28. Mai 2015)

⁴² <http://www.inqa.de/DE/Angebote/Handlungshilfen/Gesundheit/Lange-lehren> (abgerufen am: 28. Mai 2015)

⁴³ www.inqa.de/DE/Angebote/Handlungshilfen/Chancengleichheit-und-Diversity/Fit-fuer-den-demografischen-Wandel-Demografielotsen (abgerufen am: 28. Mai 2015)

Die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen auch in Unternehmenskontexten soll mit dem am 10. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz (PrävG) unterstützt werden⁴⁶. Ziel ist es, mit diesem Gesetz die Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen zu stärken, d. h. in Kindergärten, Schulen, Pflegeheimen und am Arbeitsplatz. Gleichzeitig setzt das Gesetz auf eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger (Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung). Krankenkassen werden unter diesem Gesetz mehr als 500 Mio. Euro in Gesundheitsförderung und Prävention investieren⁴⁷. Zur Gesundheitsförderung in Betrieben heißt es in § 20a Abs. 1 PrävG:

„Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung.“

Die im Gesetz verankerte „Nationale Präventionsstrategie“ (§ 20d PrävG) fordert eine gemeinsame Vereinbarung von Rahmenempfehlungen, deren Umsetzung und Fortschreibung durch die „Nationale Präventionskonferenz“ (NPK) zu erfolgen hat (§ 20e PrävG)⁴⁸. Eine solche Bundesrahmenempfehlung wurde von der NPK am 19. Februar 2016 verabschiedet. Sie beinhaltet zielgruppenspezifische Handlungsfelder, definiert den Beitrag und die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger und benennt zu beteiligende Partner. Bezogen auf die Gruppe der Erwerbstätigen kann der Bundesrahmenempfehlung entnommen werden, dass z. B. jeder Sozialversicherungsträger Beratungsleistungen in Betrieben erbringen und sie bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Prävention insbesondere chronischer Krankheiten unterstützen soll.

Die gesetzlichen Rahmen sowie die Vielfalt der Angebote für Unternehmen und Beschäftigte geben allerdings keinen Aufschluss über deren Erfüllung bzw. Inanspruchnahme und deren

⁴⁴ <http://demographie-netzwerk.de> (abgerufen am: 28.05.2016)

⁴⁵ <http://www.offensive-gutes-bauen.de> (abgerufen am: 28.05.2016)

⁴⁶ Bereits 2012 schuf die Deutsche Rentenversicherung mit dem Rahmenkonzept vom 17. September 2012 zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung (nach §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI) die Grundlage für die Gestaltung von Angeboten spezifischer Präventionsleistungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Beschäftigungsfähigkeit für Versicherte.

⁴⁷ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkassen seit Anfang 2016 gerichtlich dagegen vorgehen, dass sie die Gelder, die sie in Prävention investieren sollen (die erste Zahlung war für Ende 2015 mit 31 Mill. Euro vorgesehen) an die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu zahlen haben. Kritik seitens der Krankenkasse ist, dass die BZgA eine staatlich finanzierte Behörde ist und es rechtlich zweifelhaft ist, Steuergelder an eine staatliche Behörde zu zahlen.

⁴⁸ Präventionsprojekte werden durch die BZgA organisiert und überwacht.

Wirksamkeit (Rau 2015). Die Förderbekanntmachung des BMAS vom Juni 2015⁴⁹ mit dem Titel „Unternehmen und Verwaltungen der Zukunft – Mitarbeiterorientierte Personalpolitik als Schlüssel für Innovations-, Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit“ zeigt, wie zentral, aber offenbar lückenhaft der Transfer dieser Instrumente in die Praxis ist. Antragstellende Institutionen waren explizit aufgefordert, im Rahmen der unterschiedlich ausgerichteten Projektschwerpunkte vorhandenes anwendungsbezogenes Wissen aus dem INQA-Kontext in die betriebliche Praxis zu transferieren und anzupassen. Vor diesem Hintergrund sind Fragestellungen nach dem Transfer und der Inanspruchnahme der vielfältigen Instrumente, Angebote und Maßnahmen des BGM bereits Gegenstand aktueller Untersuchungen. Sczesny, Keindorf et al. (2014) untersuchten in einem Projekt den Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)⁵⁰. Die Datenerhebung erfolgte mittels Telefonbefragung von 1.000 Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern sowie 2.000 Beschäftigten. Die Forschergruppe kam u. a. zu dem Ergebnis, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz für die Mehrheit der Geschäftsführungen und Beschäftigten eine wichtige Rolle spielt. Im Vordergrund stehen überwiegend die Vermeidung von Verstößen gegen Arbeitsschutzregelungen und weniger die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Gerade KMU verfügen häufig nicht über einen institutionalisierten Arbeitsschutz. Der Weitblick, bezogen auf die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen von präventiven Handlungsansätzen, ist eher gering ausgeprägt. Zudem besteht auf Seiten der Beschäftigten und Arbeitgeber ein hoher Bedarf an Informationen zu den Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Sie plädieren in ihren Handlungsempfehlungen für eine Kompetenzstärkung aller Akteure und für eine Zusammenarbeit in Netzwerken, z. B. in Form einer Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen oder durch den Austausch mit anderen Unternehmen (Lernen aus Best Practice Beispielen). Auch Schaefer, Drexler et al. (2016) kommen in ihrer Untersuchung zu BGF-Aktivitäten in Unternehmen zu dem Schluss, dass die Realisierung von BGF in Unternehmensnetzwerken und unter Inanspruchnahme externer Partner (z. B. Krankenkassen) am besten gelingt. Sie stellen heraus, dass mit steigender Unternehmensgröße die relative Häufigkeit der BGF-Maßnahmen zunimmt. Bestätigt werden diese Ergebnisse von der Arbeitsgruppe Beck und Lenhardt (2016), die auf Basis der Daten der Erwerbstätigenbefragung 2011/2012 ermittelten, dass Beschäftigte aus kleinen Unternehmen seltener von BGF-Maßnahmen berichteten als

⁴⁹ www.gsub.de/fileadmin/userupload/Dokumente/Projekte/NeueQualitaetderArbeit/Bekanntmachungvom01.06.2015veroeffentlichtam05.06.2015.pdf (abgerufen am: 31.05.2016)

⁵⁰ KMU werden hier definiert nach der Empfehlung 2003/361/EG der Europäischen Kommission vom 1.1.2005, wonach dies jene Unternehmen sind, die weniger als 250 Personen beschäftigen und die entweder einen Jahresumsatz von höchstens 50 Mio. EUR erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 43 Mio. EUR beläuft. (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32003H0361>, abgerufen am: 08.06.2016).

Beschäftigte aus Großunternehmen. Im Vergleich zur Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 stieg die Durchführung von BGF moderat von 38 % auf 44 %. Allerdings, so räumen die Autoren ein, können auf Basis der Daten keine Aussagen über die qualitativen Merkmale der betrieblichen Gesundheitsförderung getroffen werden. Einen weiteren Aspekt bringt die Befragung „Betriebliches Gesundheitsmanagement 2016“ der gesetzlichen Krankenversicherung pronova-BKK ein⁵¹. An dieser bundesweiten Online-Befragung beteiligten sich 1.660 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und gaben Auskunft über BGF-Angebote in ihren Unternehmen sowie darüber, ob sie diese nutzen. Neben der Erkenntnis, dass vorrangig große Unternehmen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten und dass bei 35 % der Unternehmen nach Aussagen der Beschäftigten keinerlei Angebote bestehen⁵², gaben 15 % der Befragten aus Unternehmen mit BGF-Angeboten an, diese nicht wahrzunehmen. Die Gründe hierfür wurden nicht erfragt. Weber, Peschkes et al. (2015) halten fest, dass durch die Krankenkassen finanziell unterstützte Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung derzeit in nur ca. 0,1 % der Betriebe in Deutschland realisiert ist.

Abschließend soll in diesem Zusammenhang auf eine schon ältere, aber noch immer aktuelle Veröffentlichung der Techniker Krankenkasse verwiesen werden. Unter dem eindrücklichen Titel “Gesundheit in KMU: Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen: Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung“ (TK 2008) wurden auf Basis qualitativer und quantitativer Forschungszugänge die Einstellungen zum BGM seitens Experten und Führungskräften untersucht sowie nach konkreten BGM-Maßnahmen gefragt. In drei Erhebungsphasen wurden insgesamt 453 Personen befragt. Im Ergebnis zeigte sich, dass zwar in fast allen Unternehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden, diese sich aber größtenteils auf kostengünstige und wenig zeitintensive Angebote wie z. B. ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes beschränkte (vgl. Schaefer, Drexler et al. 2016). Länger dauernde Kurse und regelmäßig stattfindende Informationsangebote kamen wenig vor. Als Widerstände gegen ein BGM identifizierte die Forschergruppe aus Sicht der Entscheidungsebene in KMU u. a. fehlende Zeit, hohe Kosten, Unterbrechung des Arbeitsalltags und fehlendes Interesse der Beschäftigten. Daneben belegt die Studie, dass KMU auf Grund ihrer Strukturen bei personellen und finanziellen Ressourcen über geringere Spielräume verfügen – die Bedeutung des BGM rückt hier häufig in den Hintergrund. Eine zentrale Handlungsempfehlung in diesem Zusammenhang sind zielgruppendifferenzierte Informa-

⁵¹ vgl. Fußnote ²⁸

⁵² Besonders deutlich wird diese Aussage in Unternehmen mit weniger als 10 Beschäftigten. Hier gaben 73 % der Befragten an, dass es keine BGF-Angebote gibt.

tions- und Sensibilisierungskampagnen, die alle Mitarbeiterebenen im Betrieb erreichen und durch die konkrete Informationen vermittelt werden z. B. über Nutzen und Kosten der Maßnahmen. Es sollte erreicht werden, BGM als integralen Bestandteil einer Unternehmenskultur zu begreifen und zu verankern und nicht als isoliertes von außen herangetragen Konzept zu bewerten.

Die bisherigen Ausführungen zielten darauf ab, die unterschiedlichen Dimensionen von Erwerbsarbeit und Gesundheit zu beleuchten. Dabei wurden sowohl die gesundheitsfördernde Bedeutung also auch die mit Erwerbsarbeit verbundenen gesundheitlichen Risikofaktoren herausgearbeitet. Die Perspektive richtet sich im Folgenden auf Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen. Es wird um die Frage gehen, wie sich für diese Personengruppe der Zugang zum Arbeitsmarkt gestaltet und welche Faktoren und Rahmenbedingungen Einfluss auf deren Teilhabe am Arbeitsleben nehmen.

2.2.2 Arbeitsmarktchancen von Menschen mit Behinderung und Maßnahmen von Teilhabesicherung

Ein wissenschaftlicher Diskurs zu Behinderung, chronischer Krankheit und Teilhabe ist eng verbunden mit der Definition des Behinderungsbegriffs, der je nach Bezugssystem unterschiedliche Akzentuierungen erfährt. Das Ziel der folgenden Ausführungen ist es, ausgewählte Bezugssysteme von Behinderung und chronischer Krankheit aufzuzeigen. Im Anschluss daran wird die Teilhabe am Arbeitsleben in den Mittelpunkt gerückt und aus sozialrechtlicher und sozialwissenschaftlicher Perspektive sowie auf Basis von statistischen Daten erschlossen. Bezugnehmend auf das deutsche Rehabilitationssystem wird auf Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation eingegangen und auf wesentliche Eckdaten, wie die Ausgaben für Rehabilitation, das Leistungsspektrum sowie auf gesundheitliche Problemlagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verwiesen. Bezugnehmend auf das Ziel dieser Leistungen, nämlich die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, steht abschließend der Forschungsgegenstand „Return to Work“ im Mittelpunkt. Dieser liefert wichtige Erkenntnisse über Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung und Herausforderungen in diesem Prozess.

Bezugssysteme von Behinderung und chronischer Krankheit

Ein zentrales Bezugssystem einer Begriffsbestimmung von Behinderung stellt die 2006 von der UN verabschiedete und im März 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) dar, die inzwischen von 160 Staaten (Stand

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

01.12.2015) unterzeichnet wurde. Die UN-BRK verpflichtet die Staaten, Menschen mit Behinderung ein uneingeschränktes und selbstverständliches Recht auf Teilhabe zu gewährleisten und bestehende Menschenrechte umzusetzen. Behinderung wird in Artikel 1 der UN-BRK wie folgt definiert:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“⁵³

In Deutschland hat die UN-BRK auf sozialrechtlicher Ebene bewirkt, dass der Behinderungsbegriff im Neunten Buch Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)⁵⁴ neu gefasst, und der Aspekt der ‚Barrieren‘ integriert wurde. Tabelle 1 stellt beide Fassungen gegenüber.

Tabelle 1: Behinderungsbegriff im SGB IX, alte und neue Fassung

§ 2 Abs. 1 SGB IX	BTHG: § 2 Abs. 1 SGB IX
Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“	„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ (Stand 28. Juni 2016) ⁵⁵

Weitestgehend unverändert blieb die Definition von Schwerbehinderung. Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Den behinderten Menschen gleichgestellt werden Personen, bei denen ein Grad der Behinde-

⁵³ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/?id=467> (abgerufen am: 16.07.2016)

⁵⁴ Mit dem SGB IX wurde 2001 das bis dahin geltende Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, das vorher auf mehrere Gesetze verteilt war, zusammengefasst und weiterentwickelt. Es trägt den Anspruch, das geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zu vereinfachen. Die Koalitionsparteien CDU, CSU und SPD haben sich im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode (2013-2017) darauf verständigt, mit einem Bundesteilhabegesetz die Eingliederungshilfe zu reformieren, was eine Neufassung des SGB IX zur Folge hat, wie auch Änderungen im SGB II, SGB XI und SGB XII nach sich zieht. Die Reformthemen und -ziele des BTHG haben den Anspruch, im Einklang mit der UN-BRK zu stehen. Der aktuelle Entwurf vom 28. Juni 2016 ist das Ergebnis des im Juli 2014 gestarteten Beteiligungsverfahrens mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener gesellschaftlicher Gruppen von Bund, Ländern und Kommunen, der Sozialversicherungsträger sowie der Sozialpartner und Betroffenenverbände. Der Grundansatz des BTHG wird seitens der Betroffenenverbände und Experten aus sozialrechtlichen Kreisen begrüßt, steht aber in einigen Punkten stark in der Kritik. Im Diskussionsforum auf www.reha-recht.de und auf <http://nichtmeingesetz.de> können die kritischen Diskussionen rund um die Einführung des BTHG verfolgt werden.

⁵⁵ www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz-entwurf.pdf?blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 09.07.2016)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

rung weniger als 50, aber wenigstens 30 vorliegt und die infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Der sozialrechtliche Behinderungsbegriff orientiert sich in der Neufassung innerhalb des BTHG noch stärker an der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation“ (WHO), in dem Beeinträchtigungen unabhängig von deren Ursache bewertet werden und dabei die Wechselwirkung mit Kontextfaktoren berücksichtigt wird. Die ICF vereint sowohl das medizinische Modell von Behinderung (Eigenschaft einer Person: Der Mensch ist behindert.) als auch das soziale Modell von Behinderung (Interaktionsprozesse: Der Mensch wird behindert.) (Wolf-Kühn und Morfeld 2016, S. 24). In der UN-BRK und im BTHG, in denen das Modell der ICF Anwendung gefunden hat, stehen damit nicht die Defizite im Vordergrund, sondern das Ziel der Teilhabe und markiert damit einen Paradigmenwechsel (Abbildung 4).

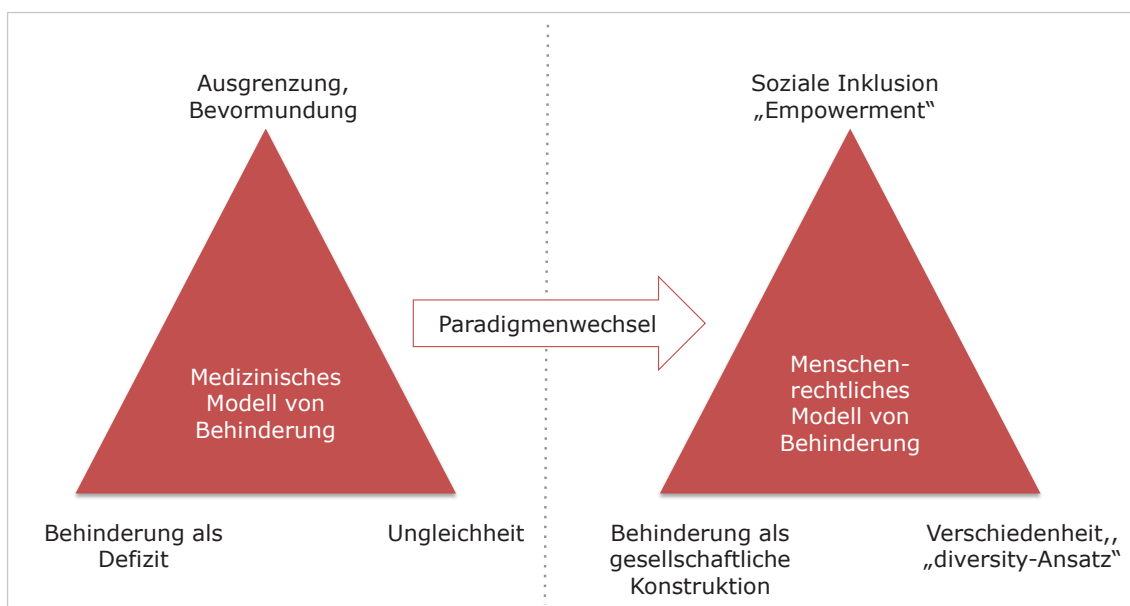


Abbildung 4: Modell von Behinderung: Paradigmenwechsel einhergehend mit der UN-BRK (nach: Gebauer 2016)

Allerdings zeichnet sich in den Diskussionen um die Einführung des BTHG ab, wie schwierig die Operationalisierung der ICF im Kontext sozialrechtlicher Regelungen ist⁵⁶. Stark umstritten ist bspw. das Verhältnis der faktischen Dimension (Funktionsbeeinträchtigung) und der normativen Dimension (Teilhabebeeinschränkung), da ungeklärt ist,

⁵⁶ Nur am Rande sei erwähnt, dass sich die Anwendung der ICF in Deutschland in Verbindung mit der sozialrechtlichen Definition von Behinderung nach SGB IX als problematisch herausstellt, da laut Fachmeinung im Modell der ICF keine drohende Behinderung abbildbar ist und Prognosen oder Verläufe keine Berücksichtigung finden können.

„welche Qualität die Funktionsbeeinträchtigung aufweisen muss und welche Lebensbereiche von der Teilhabestörung erfasst sein müssen, [... und, Anm. S.B.] welche Intensität der Teilhabestörung in sachlicher und zeitlicher Hinsicht vorausgesetzt ist. Eine erhebliche Unsicherheit besteht zudem betreffend die Ursache der Teilhabestörung bzw. bezüglich der Kausalität zwischen Funktionsbeeinträchtigung und Teilhabestörung. Hierbei stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Teilhabestörung auf gesundheitliche Faktoren und/oder Umweltfaktoren zurückgeführt werden müssen, damit eine Behinderung vorliegt (Kausalität).“ (Pärli und Naguib 2013, S. 59)

In welchem Verhältnis steht eine Behinderung zur chronischen Krankheit? Laut WHO sind chronische Krankheiten nicht übertragbare Krankheiten „of long duration and generally slow progression.“⁵⁷ Für Thyen, Szczepanski et al. (2009) sind drei Merkmale charakteristisch für eine chronische Gesundheitsstörung: die Diagnose, die Dauer (>6 Monate) und der Schweregrad (die funktionelle Beeinträchtigung). Weitestgehend sind chronische Krankheiten durch den Behinderungsbegriff erfasst, dennoch sind beide Begriffe nicht gleichzusetzen, da eine chronische Erkrankung (z. B. Diabetes) nicht zwangsläufig eine Teilhabebeeinträchtigung zur Folge hat und damit nicht die ‚Voraussetzung‘ einer Behinderung erfüllt. Gleichzeitig eröffnet diese Definition den Einschluss chronischer Krankheiten, wenn die Erkrankung gesellschaftlich negative Zuschreibung (Stigmatisierung) erfährt und die Teilhabe am sozialen Leben beeinträchtigt wird (z. B. HIV-Infektion). Chronische Krankheiten stellen zudem nicht automatisch eine Schwerbehinderung dar, können aber in ihren Folgen dazu führen, dass die Funktionsbeeinträchtigungen (einschließlich seelischer Belastungen) so massiv werden, dass die Anerkennung einer Schwerbehinderung erfolgen kann. Ein weiterer definitorischer Bezugspunkt für die ärztliche Praxis bildet die „Chroniker-Richtlinie“ nach § 62 SGB V (zuletzt geändert 2008). 2004 führte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)⁵⁸ diese Richtlinie ein, die – zusätzlich zur Definition von Behinderung unter Einschluss chronischer Krankheiten nach SGB IX – eine Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten vorlegt. Patientinnen und Patienten, die als schwerwiegend chronisch krank gelten, müssen nur maximal ein Prozent ihres Bruttoeinkommens für Zuzahlungen (z. B. bei Medikamenten oder Krankentransporten) aufwenden. Menschen gelten danach als „schwerwiegend chronisch krank“, wenn

- eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt,
- sie sich in Dauerbehandlung befinden,
- sowie mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt ist:
- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3;
- Vorliegen eines Grades der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent;

⁵⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (abgerufen am: 10.07.2016)

⁵⁸ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen/Ärzten, Zahnärztinnen/Zahnärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/8/> (abgerufen am: 03.08.2016)

- Erfordernis einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung wegen der Erkrankung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauernde Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Im lebensweltlichen Bezugssystem von Behinderung und chronischer Krankheit, d. h. auf Seiten der betroffenen Menschen und z. B. auf Seiten der Arbeitgeber wird häufig eine Unterscheidung zwischen „Behinderung“ und „chronischer Krankheit“ vorgenommen. Behinderung ist in der Regel assoziiert mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen sowie mit mangelnder Leistungs- und Belastungsfähigkeit und unterliegt damit einer Zuschreibung „quasi-natürlicher defizitärer Akteurskompetenzen“ (Bendel 1999, S. 1). Arbeitssoziologen sprechen hier von „statistischer Diskriminierung“. Nach diesem Konzept schließen Arbeitgeber anhand sozialstatistischer Gruppenmerkmale auf die Leistungsfähigkeit einer potenziellen Arbeitnehmerin bzw. eines potenziellen Arbeitnehmers.

„Falls aufgrund stereotyper Vorurteile gegenüber Behinderten grundsätzlich andere Bewerbergruppen bevorzugt werden, ist die Schwerbehinderteneigenschaft eines Bewerbers gemäß der Diskriminierungstheorie ein Ansatzpunkt für „statistische Diskriminierung“. Über Generalisierungen von Arbeitgebern wird das Stigma anerkannte Behinderung also leicht zum alles beherrschenden master status. Die Zuschreibung negativer Eigenschaften wird nicht zuletzt durch die Verwendung von Stigmatermini wie „Leistungsgeminderte“ für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen belegt.“ (Mühling 2008, S. 251)

Hingegen fallen chronische Erkrankungen, die sozialrechtlich als Behinderung anerkannt wurden „in der Alltagswahrnehmung der Öffentlichkeit, bei den Betroffenen selbst, bei nichtbehinderten Arbeitskolleginnen und in der Wahrnehmung seitens der Unternehmen nicht unter den Begriff Behinderung“ (Kardorff, Ohlbrecht et al. 2013, S. 16).

Mit Blick auf die Statistik ist die Dunkelziffer schwerbehinderter Menschen als sehr hoch einzuschätzen, da nicht alle Personen den Schwerbehindertenstatus beantragen bspw. aus Angst vor Stigmatisierung oder aus Unkenntnis. Bei der Interpretation statistischer Daten, z. B. der Schwerbehindertenstatistik ist dies zu berücksichtigen. Unberücksichtigt sind in dieser Statistik Mehrfacherkrankungen und -behinderungen. Dem gegenüber stehen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die diesen sozialrechtlichen Status nicht erhalten, weil sie die Voraussetzungen nicht erfüllen. Die Problemlagen dieses Personenkreises sind jedoch in manchen Fällen keineswegs geringer und dürfen nicht verkannt werden. Wenn im Folgenden von Menschen mit Behinderung gesprochen wird, schließt dies sowohl die Personen ein, die auf Grund einer Behinderung, anerkannten Schwerbehinderung oder chronischen Erkrankung (unabhängig, ob diese sozialrechtlich als Behinderung gilt) Teilhabeeinschränkungen erfahren. Die Ausnahme bilden statistische Angaben, die sich ausschließlich auf Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellter Personen beziehen.

Perspektiven auf Teilhabe am Arbeitsleben

Zielführend für die Erschließung des Teilhabefeldes ist es, zunächst einen Blick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und deren Umsetzungsinitiativen zu werfen. Die Bundesregierung hat sich im Jahr 2009 mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gesetzlich verpflichtet, für alle Menschen mit Behinderungen gleiche Teilhabechancen an allen zentralen gesellschaftlichen Handlungsbereichen zu sichern; das Arbeitsleben ist einer dieser Handlungsbereiche. Ein Jahr später veröffentlichte die Bundesregierung den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK unter der Überschrift „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ (BMAS 2010). Daran anknüpfend wurden in den Folgejahren spezifische Förderprogramme und Initiativen der Bundesregierung (z. B. „Initiative Inklusion“; Jobs ohne Barrieren; Job4000) und der Wirtschaft (z. B. „Inklusion gelingt“) gestartet und fortlaufend Aktions- und Maßnahmenpläne des Bundes, der Länder, Kommunen und Städte sowie von Institutionen und Unternehmen der Öffentlichkeit präsentiert⁵⁹.

Ein Blick auf die Datenlage zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen zeigt, dass diese noch unzureichend realisiert und der Weg in eine inklusive Gesellschaft noch weit ist. Die Analysen des Statistischen Bundesamtes liefern wichtige Bezugsgrößen zur Anzahl von Menschen mit Behinderung in Deutschland⁶⁰. Im Jahr 2013, so die Ergebnisse des Mikrozensus – lebten 10,2 Millionen Menschen, das sind 13 % der Gesamtbevölkerung, mit einer amtlich anerkannten Behinderung in Deutschland; ca. 7,5 Millionen Menschen waren davon schwerbehindert, 2,7 Millionen Menschen leicht behindert. Ursache der Behinderung war zu 85 % eine Krankheit; davon rd. 2 % eine Berufskrankheit⁶¹. Im Hinblick auf die Behinderungsarten fielen rd. 62 % auf körperliche Behinderung, rd. 25 % betrafen die inneren Organsysteme und 11 % ließen sich auf geistige oder seelische Behinderungen zuordnen.

Zwar steigt die Zahl der anerkannten Schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen in Beschäftigung kontinuierlich an (Aktion Mensch 2015), aber im Vergleich zu nicht-behinderten Menschen ist die Erwerbslosenquote schwerbehinderter Menschen fast doppelt so hoch (2011: 14,9 % zu 7,8 % der Menschen ohne Behinderungen⁶²) (BMAS 2013); und dies trotz annähernd gleicher oder sogar besserer Qualifikation (BA 2014b, S. 7). Auch die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Arbeitslosen ist erkennbar höher

⁵⁹ www.gemeinsam-einfach-machen.de (abgerufen am: 31.07.2016)

⁶⁰ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/BehinderteMenschen.html> (abgerufen am: 07.07.2016)

⁶¹ vgl. Kapitel 2.2.1, S. 36 zur Anerkennung von Berufskrankheiten.

⁶² Im Vergleich dazu: 2011 waren in Berlin 4,9 % aller Arbeitssuchenden schwerbehindert; im April 2016 waren es 5,2 % (Landsberg 2016).

als bei nicht schwerbehinderten (2014: 52 Wochen zu 37 Wochen der Menschen ohne Behinderungen) (ebd., S. 10). Besonders geringe Arbeitsmarktchancen haben Menschen mit einer psychischen Behinderung oder psychischen Erkrankung (Kardorff und Ohlbrecht 2006; Kardorff, Ohlbrecht et al. 2013; Aktion Mensch 2015). Im Mikrozensus 2009 des Statistischen Bundesamtes (Pfaff 2012) wird ein deutlicher Unterschied zwischen den Erwerbsquoten der 15- bis 64-jährigen behinderten und nichtbehinderten Menschen und zwischen Männern und Frauen beider Gruppen deutlich: die Erwerbsquote bei den behinderten Männern lag bei 31 % vs. 71 % bei den nichtbehinderten Männern; bei den behinderten Frauen lag sie bei 23 % und bei den nichtbehinderten Frauen bei 55 %. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieser Unterschied zum Teil durch den höheren Anteil Älterer bei den Behinderten begründet ist. Dennoch bleibt dieser Unterschied in den jüngeren Altersgruppen bestehen, auch wenn er dort etwas geringer ausfällt. Die Erwerbsquote bei den behinderten Männern zwischen 25-45 Jahren lag bei 31 % gegenüber 71 % bei den nichtbehinderten Männern in dieser Altersgruppe. Bei Frauen zwischen 25-45 Jahren lag die Erwerbsquote bei 64 % gegenüber 81,1 %. Aus der Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen der BA (2014a) erschließt sich zudem, dass im Jahr 2014 25,6 % der insgesamt 152.538 privaten und öffentlichen Arbeitgeber mit mehr als 20 Arbeitsplätzen keinen Menschen mit Schwerbehinderung beschäftigen. Die Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen lag 2014 insgesamt bei 4,7 %⁶³. Insgesamt zeigt sich, dass schwerbehinderte Menschen weniger zufrieden mit ihrem Leben sind als die Gesamtbevölkerung, besonders mit dem Lebensbereich der Arbeit (Güllner und Raffelhüschen 2014). Ein verschlechtertes Inklusionsklima in der Arbeitswelt aus Sicht der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung bestätigt auch das „Inklusionsbarometer Arbeit“ (Aktion Mensch 2015)⁶⁴. Besonders die Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Unternehmen werden im Vergleich zu 2013 als deutlich pessimistischer eingeschätzt. Die Arbeitgeber bewerten auf der anderen Seite die Zusammenarbeit mit Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung als positiver im Vergleich zu 2013 (ebd., S. 30).

Diese Faktenlage lenkt den Blick auf die Fragen, welche Gründe es für diese Unterschiede in der Beschäftigungslage und welche Barrieren es im Zugang zum ersten Arbeitsmarkt gibt, und

⁶³ Nach § 71 SGB IX sind Arbeitgeber mit mindestens 20 Arbeitsplätzen verpflichtet, wenigstens 5 % dieser Plätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Für jeden nicht mit einem schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplatz muss eine Ausgleichsabgabe an das Integrationsamt gezahlt werden, das gemeinsam mit dem BMAS und der BA über deren Verwendung bestimmt.

⁶⁴ Die Datengrundlage des Inklusionsbarometers bilden die Statistiken der BA und der Integrationsämter sowie eine Befragung von 802 berufstätigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Behinderung zur Arbeitsmarktsituation und zu ihren Erfahrungen in der Arbeitswelt sowie die Angaben von 500 Personalverantwortlichen in Unternehmen mit mindestens 20 Angestellten, die Menschen mit Behinderung beschäftigen. Diese Befragung findet seit 2013 jährlich statt und wird im Auftrag der ‚Aktion Mensch‘ durch das Handelsblatt Research Institute in Kooperation mit dem Meinungsforschungsinstitut Forsa durchgeführt.

wie die tendenziell positiven Einschätzungen und Erfahrungen von Arbeitgebern, die Menschen mit Behinderung beschäftigen, Verbreitung finden können. Einen wichtigen Beitrag mit sozialwissenschaftlichem Zugang liefert eine Expertise im Auftrag der Anti-Diskriminierungsstelle des Bundes mit dem Titel „Zugang zum Allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen“ (Kardorff, Ohlbrecht et al. 2013). Befragt wurden auf der einen Seite Menschen mit Behinderungen und auf der anderen Seite Arbeitgeber, die bereits die Beschäftigungsquote erfüllen bzw. solche, die sie aktuell (noch) nicht erfüllen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Befragung bestätigen den erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen sowie eine Vielzahl von Benachteiligungen wie direkte und mittelbare Diskriminierungen bei Bewerbungen, Einstellungsgesprächen wie auch am Arbeitsplatz (ebd., S. 12). Die Autoren identifizierten sozialpsychologische, institutionelle und strukturelle Barrieren, formulieren aber ebenso Gelingensfaktoren einer inklusiven Arbeitswelt.

„Viele positive Erfahrungen und Beispiele – vor allem der Beschäftigungssicherung älterer und/oder gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiterinnen im Betrieb - zeigen, dass Inklusion ganz praktisch gelingen kann, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind: der Wille und die Entscheidung auf Seiten der Unternehmensverantwortlichen zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen und dies umgesetzt in einer einschlägigen, im gesamten Unternehmen kommunizierten Strategie, angefangen von einer individuell passfähigen Arbeitsumgebung bis hin zu innovativen Arbeitszeitmodellen und der Nutzung spezieller Maßnahmen, wie Unterstützte Beschäftigung oder Arbeitsassistenz.[...] Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anerkennung und Berücksichtigung von Behinderung und chronischer Krankheit als ein wesentlicher Aspekt von Diversität in der betrieblichen Alltagswirklichkeit noch lange nicht überall „angekommen“ ist.“ (ebd., S. 6f)

Eine daraus abgeleitete Handlungsempfehlung zielt auf die Notwendigkeit einer verstärkten Beratung von Unternehmen zu Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten. Eine weitere Empfehlung verweist auf die öffentlichkeitswirksame Verbreitung positiver Praxisbeispiele, um durch diese positiven Modelle Einstellungsänderungen zu bewirken und Anreize für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu setzen. Laut den Empfehlungen des Inklusionsbarometers (Aktion Mensch 2015) gilt es, Unternehmensnetzwerke zu fördern, die eine aktive Einstellungspolitik für Menschen mit Behinderung betreiben (ebd., S. 50). Ein Grund für Benachteiligungen im Arbeitsleben, speziell im Bewerbungsverfahren, ist die Befürchtung der Arbeitgeber, die Krankheit oder Behinderung könnte die Leistungsfähigkeit herabsetzen (Kardorff, Ohlbrecht et al. 2013; Pärli und Naguib 2013). Diesen Aspekt belegt auch Beatty (2012) in ihrer qualitativen Studie über die Karrierebarrieren von chronisch Erkrankten. Darüber hinaus konnte sie zeigen, dass neben den institutionellen Barrieren und negativen Reaktionen im Team auch die chronische Erkrankung auf Grund der Symptomatik und des unsicheren Verlaufs eine Barriere darstellen kann. Besonders in den vergangenen Jahren zeichnete sich ab, dass trotz der immer noch tief verwurzelten Stigmatisierung und Benachteiligung im Arbeitsleben bzw. beim Zugang

zum Arbeitsmarkt tendenziell die Potenziale behinderter Menschen immer mehr in den Fokus der Arbeitgeber rücken. Auf Grund der demographisch bedingten zunehmenden branchenspezifischen Fachkräfteengpässe auf dem deutschen Arbeitsmarkt steigt die Nachfrage von Arbeitskräften mit Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen wie auch die Bedeutung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen. Es gilt, die Erwerbspotenziale von Menschen mit Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen besser zu nutzen und die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten. Die Ausführungen zur Demographiepolitik der Bundesregierung machen dies exemplarisch deutlich:

„Das Fachkräftekonzept der Bundesregierung beinhaltet [...] auch die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen. Menschen mit Behinderungen bieten ein zusätzliches Fachkräftepotenzial, das künftig besser genutzt werden sollte. [...] Die vorhandenen Potenziale werden auch angesichts des demografischen Wandels und der Verschiebung der Altersstruktur künftig an Bedeutung zunehmen [...]. Damit mehr Menschen mit Behinderung ausgebildet und beschäftigt werden, werden Arbeitgeber regional und überregional gezielt angesprochen werden, bei ihrer Personalsuche vermehrt auch auf diesen Personenkreis zu setzen.“ (BMI 2015, S. 39).

Aus Sicht dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen und der damit verbunden Chancen für die Menschen mit Behinderungen kommt dem System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation als „Brückenschlag zwischen Teilhabe- und Fachkräftesicherung“ (Bartel, Reith et al. 2015, S. 1) eine zunehmend hohe Bedeutung zu.

Rehabilitation und Return to Work

Mit Blick auf die Zielgruppe und das Setting in dieser Untersuchung sollen kurz die Kernelemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Deutschland⁶⁵ dargestellt werden, da diese beiden Systeme eine Schlüsselrolle in den beruflichen Ausstiegs- und Neuorientierungsprozessen einnehmen.

Die medizinische Rehabilitation (ambulant oder stationär) ist ein Teilbereich der Rehabilitation und umfasst Maßnahmen, die auf eine Erhaltung oder eine Besserung des Gesundheitszustands und auf die Verbesserung oder, bei erwerbsfähigen Menschen, die Wiederherstellung einer gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit ausgerichtet sind. In den vergangenen Jahren sind sogenannte Maßnahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) verstärkt entwickelt und implementiert worden, um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen auf ihrem Weg zurück ins Arbeitsleben gezielt

⁶⁵ Rehabilitation bildet neben der Prävention, Kuration und Pflege eine der vier Säulen des deutschen Gesundheitssystems. Üblicherweise wird zwischen medizinischer, beruflicher, schulischer und sozialer Rehabilitation unterschieden (Schmidt 2015). Die Definition der WHO richtet ihre Definition von Rehabilitation auf Teilhabe aus: „Rehabilitation is instrumental in enabling people with disabilities whose functions are limited to remain in or return to their home or community, live independently, and participate in education, the labour market and civic life.“ (<http://www.who.int/disabilities/care/en/>, abgerufen am: 30.07.2016)

unterstützen zu können⁶⁶. Liegt im Anschluss an die medizinische Rehabilitation weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit vor, kann unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. ausreichende Belastbarkeit) eine stufenweise Wiedereingliederung nach dem „Hamburger Modell“ (§74 SGB V, §28 SGB IX) die Rückkehr in das Arbeitsleben erleichtern. Arbeitgeber sind in der Regel verpflichtet, dies zu ermöglichen. 2015 erhielten 57.625 Versicherte die stufenweise Wiedereingliederung bei ihrer Rückkehr in den Beruf (DRV 2016). Hierbei ist eine steigende Tendenz zu verzeichnen. 2008 waren es 30.373 Versicherte, die nach dem Hamburger Modell wieder eingegliedert wurden.

Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zielen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben, um Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und Ausgrenzungen zu verhindern. Das Spektrum dieser sogenannten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ist breit gefächert und reicht von Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes wie technische Arbeitshilfen und Kfz-Hilfen bis hin zu Umschulungen in einen neuen Beruf. Diese können im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation oder davon unabhängig durchgeführt werden. Leistungserbringer beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sind u. a. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, freie Bildungsträger, Werkstätten für Behinderte Menschen sowie Unternehmen/Betriebe und Integrationsfachdienste.

Sozialrechtlich sind die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation in den einzelnen Sozialgesetzbüchern der Rehabilitationsträger (auch Kostenträger) (u. a. Bundesagentur für Arbeit/SGB II und SGB III, Rentenversicherung/SGB VI, Unfallversicherung/SGB VII und Krankenversicherung/SGB V)⁶⁷ verankert und werden je nach versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z. B. Ursache der Behinderung oder Versicherungszeiten) von den jeweiligen Kostenträgern finanziert. Um trotz dieser gegliederten Zuständigkeit von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen eine trägerübergreifende Zusammenarbeit zu gewährleisten, wurden die Rehabilitationsträger im SGB IX nach § 13 gesetzlich verpflichtet, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit zu vereinbaren.

⁶⁶ Aus dem Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR der Deutschen Rentenversicherung (2015b), können die Rahmenbedingungen und das Spektrum der zu leistenden Maßnahmen entnommen werden.

⁶⁷ Insgesamt sieben Kostenträger erbringen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in Deutschland: die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, Träger der Grundsicherung, Sozialhilfeträger, Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die Integrationsämter sind selbst keine Rehabilitationsträger, aber eingebunden in die Leistungserbringung zur begleitenden Hilfe im Arbeitsleben.

Der Zugang zu medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt durch Antragstellung. Grundsätzlich können Anträge bei jedem Kostenträger eingereicht werden. Die Zuständigkeit der Kostenübernahme wird intern geprüft und in einer gesetzlich vorgeschriebenen Frist dem Antragsteller zurückgemeldet, welcher Kostenträger zuständig ist (§ 14 SGB IX). Anträge zur medizinischen Rehabilitation werden gemeinsam mit dem behandelnden Arzt gestellt bzw. im Falle einer Anschlussrehabilitation erfolgt die Antragstellung noch aus der Akutklinik (in der Regel durch den Sozialdienst) heraus. Anträge auf berufliche Rehabilitation können entweder vom Antragsteller direkt bei einem Kostenträger eingereicht oder noch während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gemeinsam mit dem Sozialdienst gestellt werden. Unabhängig vom administrativen Weg des Antrags liegt beim Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen bei den chronisch erkrankten Menschen oder Menschen mit Behinderung ein besonderer Beratungsbedarf vor. Besonders psychisch erkrankte Menschen benötigen, laut Experten, eine intensive Betreuung und umfassende Unterstützungsleistungen (Schubert, Behrens et al. 2007). Zuständig für diese Beratung sind bei arbeitssuchenden Personen die Fachberaterinnen und Fachberater des Reha-Teams der BA, für Beschäftigte die Reha-Fachberaterinnen und Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung sowie für anerkannte Schwerbehinderte die Beratung des Integrationsamtes sowie die trägerübergreifenden „Gemeinsamen Servicestellen“ nach Kapitel 3 SGB IX. Ziel dieser Beratungen ist es, u. a. den Rehabilitationsbedarf zu ermitteln, die Kostenträgerschaft zu klären und die Antragstellerin bzw. den Antragsteller über die möglichen Leistungsarten zu informieren. Idealtypisch wird in diesen Beratungen anhand von individuellen Qualifikationen, Interessen und den krankheits- bzw. behinderungsspezifischen Unterstützungsbedarf sowie in Abhängigkeit von der regionalen Arbeitsmarktlage gemeinsam nach einer geeigneten beruflichen Bildungsleistung gesucht. Die mit dem SGB IX etablierten Gemeinsamen Servicestellen entfallen mit Einführung des BTHG in den kommenden Jahren. Auf Grund fehlender Finanzstrukturen und unverbindlicher Beratungsqualität erfüllten sie nicht das Ziel einer umfassenden Beratung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihrer Vertrauenspersonen. Daher werden mit dem BTHG stattdessen Teilhabeberatungsangebote eingeführt, die unabhängig von Leistungsträgern und Leistungserbringern Beratung und Unterstützung bieten sollen und zusätzlich zu den Beratungen der Kostenträger bestehen⁶⁸.

⁶⁸ Wer diese Beratungsangebote zukünftig anbietet, ist allerdings noch unklar, eröffnet aber mögliche Peer-to-Peer Beratungskonzepte, deren Dienste finanziell befristet gefördert werden können. Zugleich ist der Begriff der Unabhängigkeit noch nicht eindeutig definiert.

Für die Betroffenen erhalten Rehabilitationsmaßnahmen unter dem Leitsatz „Reha vor Rente“ gesellschaftspolitisch und aus ökonomischen Gesichtspunkten einen besonderen Stellenwert.⁶⁹ Dies zeigt sich auch an den Ausgaben der Kostenträger. Trägerübergreifend wurden im Jahr 2013 31,3 Milliarden Euro für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ausgegeben. Im Vergleich zu 2004 stiegen die trägerübergreifenden Ausgaben für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen um 5,6 Milliarden Euro⁷⁰. Die Sozialhilfeträger erbrachten im Rahmen der Eingliederungshilfe 50 % aller Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (rd. 15,6 Milliarden Euro). Der zweitgrößte Ausgabenanteil an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung wurde durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) getragen (rund 5,8 Milliarden Euro); davon entfielen 66 % auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation und 20 % auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Die Zahl der Anträge auf LTA-Maßnahmen bei der DRV stieg von 1991 bis 2015 auf das 2,9-fache (von etwa 145.000 auf mehr als 417.000), die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum verfünffacht. Den größten Leistungsbereich der abgeschlossenen LTA-Maßnahmen stellten 2015 mit 44 % (für Frauen) bzw. 48 % (für Männer) Leistungen zum Erlangen oder Erhalt eines Arbeitsplatzes dar, dazu zählen z. B. technische Arbeitshilfen oder behindertengerechte Zusatzausstattung des Kraftfahrzeugs. Den zweitgrößten Anteil bildeten mit 22 % (für Frauen) bzw. 19 % (für Männer) berufliche Bildungsleistungen, die auf Grund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind (DRV 2016, S. 46). Am häufigsten werden Weiterbildungen, darunter fallen Umschulungen mit einer Dauer von zwei Jahren, bei Versicherten zwischen 39 und 44 Jahren durchgeführt, d. h. sie „kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für eine recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind“ (ebd., S. 60). Bei der BA zeigt sich ein stetiger Rückgang von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der

⁶⁹ Allerdings zeigten Mittag, Reese et al. (2014a), dass dieser Grundsatz sich nicht in der DRV-Statistik „Erwerbsminderung und Diagnosen“ widerspiegelt. Mehr als 40 % der dafür in Frage kommenden Neuzugänge zur Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) zwischen 2005-2009 erhielten zuvor keine medizinische Rehabilitationsleistung oder andere Teilhabeleistung. Dies galt insbesondere für männliche Versicherte, die ein geringes Qualifikationsniveau aufwiesen und in Ostdeutschland lebten. Bei der Interpretation dieser Daten sollte aber berücksichtigt werden, dass dahinter unterschiedliche Zusammenhänge vermutet werden können, die aus der Datenlage nicht ersichtlich werden, wie z. B. die Motive der Antragsteller bzw. des Antragstellers für eine EM-Rente oder der Zusammenhang zwischen dem Status vor Gewährung der EM-Rente und vor erfolgter Rehabilitationsmaßnahme. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Studie von Kobelt (2006), der signifikant geringere Empfehlungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei Personen mit einem psychosomatischen Krankheitsbild in der medizinischen Rehabilitation ermittelte; im Vergleich zu u. a. muskuloskelettalen Beeinträchtigungen. Gleichzeitig nahmen aus der psychosomatischen Indikationsgruppe weniger Personen die LTA-Empfehlung an. Hierbei handelt es sich zwar um ein anderes Setting, allerdings verweisen beide Studien auf einen Forschungsbedarf, der verwaltungsseitige Entscheidungen und die Motivlage der Betroffenen im Rahmen der ‚Rehabilitationskette‘ untersucht. Mit Bartel, von Kardorff et al. (2015) liegt eine der wenigen Studien zur Entscheidungsfindung in der Sozialmedizin am Beispiel der EM-Renten-Entscheidung nach Aktenlage vor.

⁷⁰ www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info/reha-info-012015/ausgaben-fuer-rehabilitation-und-teilhabe (abgerufen am: 10.07.2016)

Erst- und Wiedereingliederung. Deren jahresdurchschnittlicher Bestand sank in der Wiedereingliederung nach SGB II und SGB III (d. h. für Hartz IV-Empfänger als auch für Arbeitslosenversicherte) von rd. 118.000 im Jahr 2007 auf rd. 49.000 2015; dies entspricht einem Rückgang von fast 58 %.⁷¹ Insbesondere im Rechtskreis des SGB II (Hartz-IV-System) sank die Zahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Wiedereingliederung mit einem Minus von fast 66 % innerhalb von 9 Jahren besonders drastisch. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) sieht hierfür vielschichtige Ursachen, wie die Arbeitsmarktreform⁷², der Rückgang der Arbeitslosigkeit und demographische Entwicklungen und nicht zuletzt das begrenzte Budget arbeitsmarktpolitischer Instrumente, das kein eigenständiges Budget für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zur Verfügung hat (DGB 2012). Eine wesentliche Zugangsbarriere zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen der BA stellt die unzureichende Reha-Beratung der Jobcenter dar, da diese im Gegensatz zu den Arbeitsagenturen, keine speziellen Fachkräfte für Rehabilitation beschäftigen müssen und die SGB II-Vermittlerinnen und -Vermittler den Rehabilitationsbedarf insbesondere von Erwachsenen häufig nicht erkennen.

„Die Qualität der Betreuung und Förderung im Hartz IV-System bleibt oftmals hinter der des Versicherungssystems zurück. Die Defizite liegen insbesondere bei der Identifizierung des Reha-Bedarfs, wie der Umsetzung der Eingliederungsvorschläge und auch der vermittlerischen Betreuung zum Ende der Maßnahme.“ (ebd., S. 13)

Laut Einschätzungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) ist aber gerade im Hartz IV-System der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter und behinderter Menschen besonders groß im Vergleich zu Erwerbstätigen (ohne ergänzenden Leistungsbezug). Mehr als 40 % der Arbeitslosengeld-II-Empfänger weisen nach eigener Einschätzung schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen auf (Eggs, Trappmann et al. 2014).

Um einen Eindruck der gesundheitlichen Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erlangen, werden exemplarisch die aktuellen Daten der Rentenversicherung herangezogen. Die häufigsten Indikationen bei medizinischen Rehabilitationsleistungen der DRV im Jahr 2015 waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und des Bindegewebes: stationär etwa ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen (33 %) und Männern (31 %) und im ambulanten Bereich rund 64 % bei Frauen und rund 58 % bei Männern. Auch bei den beruflichen Rehabilitationsleistungen stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen

⁷¹ BA: Arbeitsmarkt in Zahlen; Förderstatistik; Berufliche Rehabilitation Dezember 2015 und März 2016 unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Arbeitsmarktpolitische-Massnahmen/Massnahmen-zur-Teilhabe-behinderter-Menschen/Massnahmen-zur-Teilhabe-behinderter-Menschen-Nav.html> (abgerufen am: 16.07.2016)

⁷² Über den Zusammenhang der Einführung des SGB II mit dem Rückgang der Anerkennungen beruflicher Rehabilitationsleistungen vgl. Dornette und Rauch (2007); Rauch und Dornette (2007); Rauch, Dornette et al. (2008).

an erster Stelle (Frauen 51 %, Männer 60 %) (DRV 2016). Zu beobachten ist, dass sowohl in der stationären medizinischen als auch in der beruflichen Rehabilitation psychische Erkrankungen an zweiter Stelle des behandelten Krankheitsspektrums stehen und sie über die Jahre kontinuierlich zugenommen haben. Bezogen auf die Bildungsleistungen stieg der Anteil psychisch erkrankter Frauen von 26 % im Jahr 2008 auf 32 % im Jahr 2015 %; bei den Männern von 12 % auf 17 %.

Medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen, Betriebliches Eingliederungsmanagement oder die stufenweise Wiedereingliederung sind entscheidende Elemente für eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz oder Aufnahme einer neuen Tätigkeit) und für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit, die unter der Kategorie ‚Return to Work‘ (RTW) Einzug in die deutschsprachige Forschungslandschaft und betriebliche Praxis gehalten hat. Gemeinsam mit Maßnahmen der Prävention, die auf den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit abzielen – dem ‚Stay at Work‘ (STW)⁷³ – verbinden sie die Sektoren des Versorgungssystems, der Sozialversicherung und der Arbeitswelt. Das Konzept des RTW ist den letzten Jahren insbesondere von niederländischen Experten vorangetrieben worden. Inzwischen wurden in internationalen Forschungskontexten eine Vielzahl von Faktoren ermittelt, die fördernde oder hemmende Wirkung auf den Rückkehrprozess haben. Allerdings, so Weber, Peschkes et al. (2015), liegt keine einheitliche Definition von RTW vor. Der Begriff bezieht sich sowohl auf Interventionen, Prozesse und Ergebnisse. Weiterhin herrscht kein Konsens darüber, wie Ergebnisse von RTW zu messen und zu evaluieren sind. Außerdem divergieren die Einflussfaktoren je nach Indikation, Grad und Ausmaß der Erkrankung. Bevor ausgewählte Einflussfaktoren auf RTW-Prozesse zusammengetragen werden, soll folgende Grafik (Abbildung 5) den multidimensionalen Prozess von RTW in Deutschland illustrieren.

⁷³ vgl. Kapitel 2.2.1

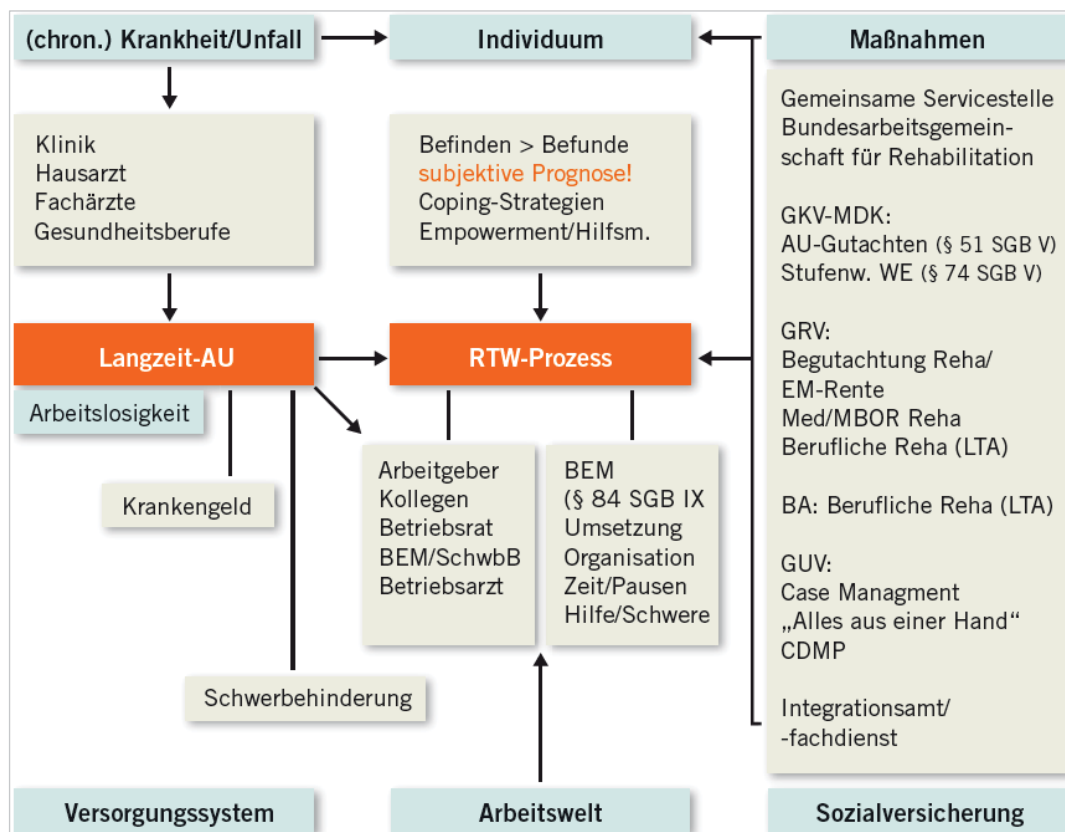


Abbildung 5: Rahmenbedingungen und Elemente eines multidimensionalen RTW (aus: Weber, Peschkes et al. 2015, S. 85)

Die Faktoren, die RTW beeinflussen, sind vielfältig und nur eingeschränkt gebündelt darstellbar, da die einschlägigen Studien sich, wie bereits erwähnt, sowohl auf unterschiedliche Prozesselemente oder Prozessstadien von RTW beziehen, als auch Bezug auf unterschiedliche Erkrankungen nehmen und häufig nur einseitige Perspektiven (z. B. Arbeitgeber oder Arbeitnehmer) wiedergeben. Zudem müssen bei der Interpretation und beim Vergleich internationaler Studienergebnisse die länderspezifischen Rahmenbedingungen wie das Rehabilitationssystem und die sozialrechtlichen Bedingungen sowie die jeweiligen Erhebungsmethoden und -zeitpunkte der Untersuchung berücksichtigt werden⁷⁴. Stellt man die betroffene Person in den Mittelpunkt,

⁷⁴ Deutschland verfügt über ein stark gegliedertes Sozial- und Gesundheitssystem und damit über eine Vielzahl an Akteuren und Zuständigkeiten, die den RTW-Prozess bestimmen. Hier haben Beschäftigte bei Arbeitsunfähigkeit einen gesetzlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung (100 % des Arbeitsentgelts) für 6 Wochen durch den Arbeitgeber. Anschließend erhalten die Beschäftigten Krankengeld durch ihre Krankenkasse für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (70 % des Arbeitsentgelts). In diesem Zeitraum kann die Krankenkasse ihren Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist nach § 51 Abs. 1 SGB V eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. In den Niederlanden sind Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, gemeinsam einen Aktionsplan aufzusetzen und den Rückkehrprozess zu gestalten. Der Arbeitgeber zahlt während der ersten zwei Jahre der Arbeitsunfähigkeit mindestens 70 % des Einkommens. Erst im Anschluss übernimmt die Sozialversicherung die Verantwortung über den weiteren RTW-Verlauf. Gesetzlich und finanziell besteht seitens des Arbeitgebers damit der Anreiz, erkrankte Beschäftigte wieder schnellst-

erschließen sich die komplexen Zusammenhänge im RTW-Prozess. Loisel, Buchbinder et al. (2005) entwickelten mit ihrem Modell der „arena in work disability prevention“ einen entscheidenden Forschungsbeitrag, um die vielfältigen Einflussdimensionen von Prävention und RTW zu verstehen⁷⁵ (Abbildung 6).

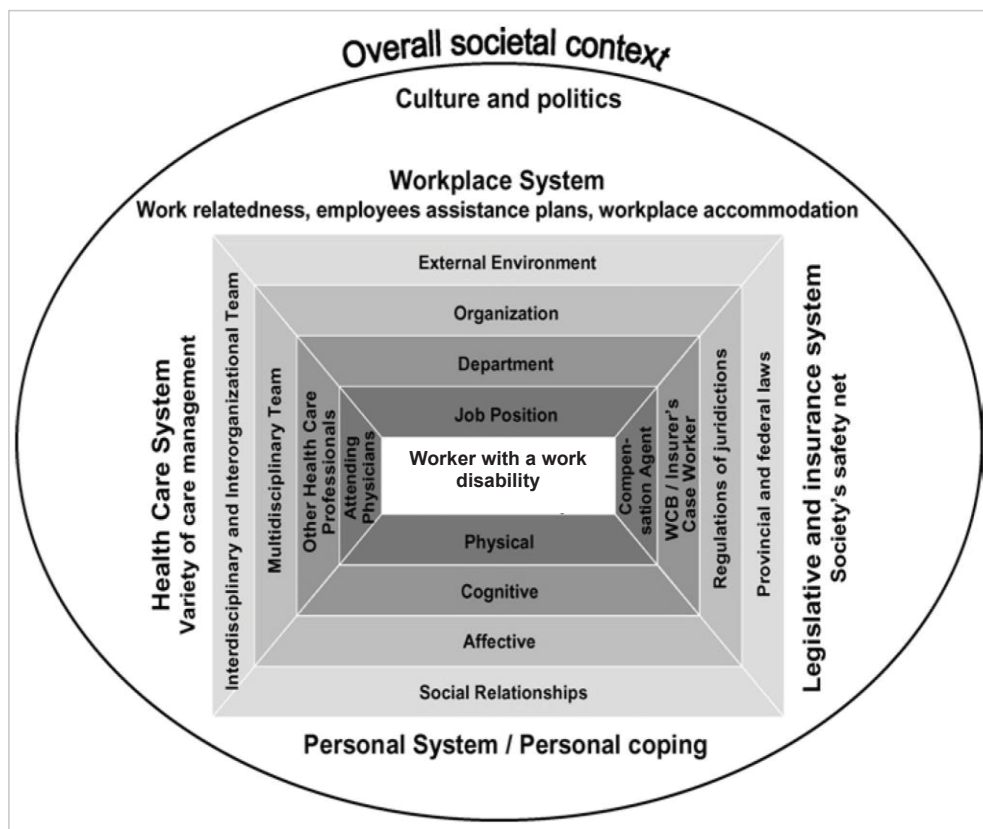


Abbildung 6: The arena in work disability prevention (aus: Loisel, Buchbinder et al. 2005, S. 509)

Es werden in diesem Modell die vielschichtigen Einflussgrößen auf vier Dimensionen dargestellt: ‚System des Arbeitsplatzes‘, ‚Gesundheitssystem‘, ‚Gesetzgebung und Versicherungssystem‘ sowie ‚Persönliches System/Bewältigung‘. So spielen für den RTW-Prozess, um nur ein Beispielkonstrukt zu entwerfen, individuelle Bewältigungsstrategien, die eigene Position im Unternehmen, sozialrechtliche Regularien in Bezug auf Prävention und RTW, die Inanspruch-

möglich in den Arbeitsprozess einzugliedern (Hoefsmit, Houkes et al. 2014; Mittag, Reese et al. 2014b; Weber, Peschkes et al. 2015).

⁷⁵ In seiner ursprünglichen Fassung (Loisel, Buchbinder et al. 2005) bezog sich dieses Modell auf Beschäftigte mit muskuloskelettalen Erkrankungen, wurde in neueren Fassungen aber allgemein auf „Worker with a work disability“ erweitert (Costa-Black, Feuerstein et al. 2014, S. 79).

nahme medizinischer Versorgung sowie der Grad der Interdisziplinarität im Rahmen von Interventionen eine Rolle.

Um dennoch einen Eindruck über das Spektrum fördernder Faktoren im RTW-Prozess zu erlangen und um die Verschiedenheit der Studientypen und Untersuchungskontexte in diesem Forschungsfeld zu verdeutlichen, soll an dieser Stelle eine Auswahl an Studien herangezogen werden (Tabelle 2), die aus methodischer Sicht und in Bezug auf den Untersuchungskontext starke Kontraste aufweisen.

Tabelle 2: Ausgewählte RTW-Studien

Studie	Land	Methode	Erkrankung	Kontext und Zeitraum der Befragung	Unternehmensbezug	Fördernde Faktoren auf RTW
Hetzel (2015)	Deutschland	Mehrebenenanalysen von Individualdaten der Abgänger beruflicher Rehabilitation 2006 (n = 3.620) und von regionalen Arbeitslosenquoten des Jahres 2007 (n = 159 Arbeitsagenturbezirke)	Keine Angaben	Personen, die innerhalb des Zeitraums von 24 Monaten nach Ende der Bildungsleistung in den Arbeitsmarkt wiedereingegliedert sind (keine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz)	Kein spezifischer	<ul style="list-style-type: none"> geringe regionale Arbeitslosigkeit Jüngeres Lebensalter (nur in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit); der Alterseffekt nimmt mit sinkender regionaler Arbeitslosigkeit ab Partnerschaft bei Männern in Regionen hoher Arbeitslosigkeit; in Regionen mit geringer Arbeitslosigkeit ist eine Partnerschaft für Frauen und Männer gleichermaßen förderlich
Hoefsmit, Houkes et al. (2014)	Niederlande	Interviews mit 14 Beschäftigten, 15 Arbeitgebern und 5 Arbeitsmedizinern	Psychische und somatische Erkrankungen bzw. beides; AU zwischen 42 Tagen und 2 Jahren	Beschäftigte waren zum Interviewzeitpunkt innerhalb der zurückliegenden 12 Monate an ihre alten Arbeitsplätze zurückgekehrt	Unterschiedliche Größen und Branchen, z. B. Gesundheitsversorgung und Bildung	<ul style="list-style-type: none"> Positive Wahrnehmung der Arbeitssituation Kommunikationskompetenz des Arbeitgebers Soziale Unterstützung durch Angehörige Überzeugung, dass RTW den Heilungsprozess fördert Adäquate Kooperation zwischen den Stakeholdern von RTW
Oberfeld, Zwahlen et al. (2015)	Schweiz	Retrospektive Fragebogenerhebung bei Patienten einer Klinik für Plastische und Handchirurgie (n = 290)	Traumatische Handverletzungen	Patienten, die nach akuten stationärer Behandlung innerhalb von 24 Monaten an ihren alten Arbeitsplatz zurückgekehrt sind	Kein spezifischer	<ul style="list-style-type: none"> Geringeres Verletzungsniveau Höheres Alter Berufe ohne vorwiegend manuelle Tätigkeit
Soberg, Roise et al. (2011)	Norwegen	Prospektives Kohortenstudien-Design bei Patienten	Schwere multiple Verletzungen	Befragung 6 Wochen nach Entlassung sowie 1 Jahr, 2 und 5 Jahre später	Kein spezifischer	<ul style="list-style-type: none"> Höheres Bildungsniveau Bessere körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit Annäherungsorientiertes Coping (approach-oriented coping)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Diese ausgewählten Studien stellen nur eine Auswahl dar, weisen aber bereits die unterschiedlichen übergreifenden Dimensionen aus, auf denen die Einflussfaktoren von RTW angesiedelt sind: Personenfaktoren (u. a. Alter, Bildung, Einstellungen), Kontextfaktoren (u. a. Arbeitsmarkt, Arbeitssituation, soziale Unterstützung), Grad der gesundheitlichen Einschränkungen und Bedingungen des RTW-Prozesses (u. a. Kommunikation zwischen den Stakeholdern). Gleichzeitig zeigen die Untersuchungen, dass ein Vergleich von Faktoren ohne Berücksichtigung des Untersuchungskontextes und des komplexen Bedingungsgefüges im RTW-Prozess nur schwer möglich ist und Faktoren durchaus voneinander divergieren können (Weber, Peschkes et al. 2015). Es besteht weiterhin erhöhter Forschungsbedarf im Feld von RTW, z. B. unter Gender-Gesichtspunkten (Habermann-Horstmeier 2015), mit Fokus auf psychische Erkrankungen (Cornelius, van der Klink et al. 2011), in Bezug auf die Operationalisierung von Partnerschaft (z. B. unter Einbezug sozialer Verpflichtungen) (Hetzel 2015) und sozialer Unterstützung im Erwerbskontext (Campbell, Wynne-Jones et al. 2013) sowie hinsichtlich des Alterseinflusses (Institute for Work & Health 2011; Streibelt und Egner 2013). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die definierten Erfolgsdimensionen von RTW je nach Sichtweise des jeweiligen Akteurs in diesem Prozess variieren können, d. h. aus Sicht der Sozialversicherung ist die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses ein Erfolgskriterium, für die betroffene Person möglicherweise primär die Besserung des Gesundheitszustandes. Vor diesem Hintergrund plädieren MacEachen, Clarke et al. (2006) dafür, dass in Studien zu RTW vermehrt die Perspektiven möglichst aller Akteure einfließen und Forschungsansätze über einen längeren Zeitraum angelegt werden sollten.

Die Frage, die sich daran anschließt, wäre, wie nachhaltig RTW einzuschätzen ist, d. h. wie sich eine erfolgte oder nicht erfolgte Wiedereingliederung im Zeitverlauf abbildet. Darauf verweisen Wuppinger und Rauch (2010), die auf Basis von Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) für Deutschland zeigen konnten, dass sechs Monate nach Ende einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme das Risiko, arbeitslos zu sein, für Personen steigt, die keinen Schulabschluss haben oder einen Förderschulabschluss erworben haben. Gleiches gilt für längere kumulierte Arbeitslosigkeitserfahrung (vgl. Streibelt und Egner 2013) oder für Rehabilitantinnen und Rehabilitanden, die in ländlichen Regionen wohnen. „Wie sich die Beschäftigungssituation der befragten Rehabilitanden im Zeitverlauf entwickelt, ist Gegenstand weiterführender Forschung.“ (Wuppinger und Rauch, 2010, S. 39)

Nicht zu unterschätzen ist zudem die wiederaufgenommene berufliche Tätigkeit nach RTW und deren Wirkung auf die Gesundheit. Reims und Bauer (2015) konnten zeigen, dass die Arbeitsumgebung für die subjektive Gesundheit einer Rehabilitandin bzw. eines Rehabilitanden

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

nach Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wichtig ist. Erfolgte die Integration in eine gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung, verbesserte sich die subjektiv eingeschätzte Gesundheit.

Sind Einflussfaktoren auf RTW belegt, ist damit nicht zwangsläufig bekannt, welche Determinanten hinter diesen Einflussfaktoren in welcher Form wirken. In einem systematischen Review aus Kanada zu Prädiktoren von RTW bei chronischem Kreuzschmerz (Institute for Work & Health 2011) wies bspw. die Erwartung der Beschäftigten, wie schnell ihre Gesundheit wiederhergestellt sein wird und sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren können, starke Evidenz auf. Hinter diesen Erwartungen stehen wiederum eine Vielzahl an Determinanten, die in einem komplexen Bedingungsgefüge wirksam sind: Grad der Erkrankung, Funktionsfähigkeit, Arbeitsklima oder die ärztliche Versorgung. Eine große Rolle für ein erfolgreiches RTW spielen zudem die Absicht der Beschäftigten und der Arbeitgeber, den Rückkehrprozess gemeinsam zu gestalten und eine allgemeine Kultur des Vertrauens zwischen den Akteuren und innerhalb des Unternehmens (MacEachen, Clarke et al. 2006; Udris 2006; Weber, Peschkes et al. 2015).

Grundsätzlich muss in der Forschung zu RTW berücksichtigt werden, dass wichtige Einflussfaktoren in diesem Prozess eine Rolle spielen können, die in den Daten ‚unsichtbar‘ bleiben oder nur schwer erfasst werden können. Dies gilt ebenso für die RTW-Praxis, in der evidenzbasierte Interventionsprogramme Anwendung finden und dennoch individuell unterschiedliche Wirkungen haben können, wie Soberg, Roise et al. (2011) in ihrer Studie erfuhren:

„The analyses in this study showed that there was a substantial proportion (31–55 %) of unexplained individual variation between the subjects that contributed to the RTW process in addition to the significant predictor variables. In a rehabilitation process, the experienced rehabilitation professional will always face the challenge of implementing evidence-based practice based on research that refers to marginal models or generalized group analyses while knowing that what might work on a group level may not necessarily work that well for a specific patient. [...] An individual approach permitting an adaptation of the rehabilitation proceedings based on best evidence may be considered the most feasible way for injured patients to achieve a RTW.” (ebd., S. 432)

Wichtige Hinweise zu einem minimalen methodischen Standard in der RTW-Forschung geben Krause, Frank et al. (2001). Demnach sollte RTW-Forschung interdisziplinär angelegt sein, sowohl quantitative als qualitative Methoden Anwendung finden und an fünf Kriterien ausgerichtet sein:

- auf veränderbare Faktoren (vs. unveränderbare Faktoren, wie Geschlecht) fokussieren, die wichtige Ansatzpunkte für die Interventionspraxis liefern, so z. B. auf Arbeitsorganisation (*amenability to change*)
- Anwendungsbezug aufweisen (*relevance to users of research*)
- generalisierbar für andere Gesundheitszustände, Erkrankungsphasen und Settings sein (*generalizability across health conditions, disability phases, and settings*)
- durch explorative qualitative Erhebungsmethoden neue Faktoren identifizieren (*degree of promise as derived from qualitative exploratory studies*)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- Möglichkeiten beinhalten, um Messinstrumente dem Forschungsgegenstand anzupassen (*capacity to improve measurement instruments*)

Für einen systematischen und umfassenden Messansatz von RTW sprechen sich auch Wasiak, Young et al. (2007) aus. Sie weisen auf die häufig fehlende theoretische Basis in der Entwicklung von Messinstrumenten hin. Diesen Aspekt betonen auch MacEachen, Clarke et al. (2006) im Kontext qualitativer Forschung, da in diesen Untersuchungen häufig theoretische Konzepte entwickelt werden, die für die Entwicklung weiterführender Studien herangezogen werden können. Sie führen fort, dass qualitative Forschungsmethoden im Besonderen geeignet sind, um die Dimensionen, Prozesse und Praktiken von RTW in ihrer Komplexität zu verstehen. In ihrem Review qualitativer Studien fassen sie zusammen, dass RTW

„extends well beyond local concerns about managing injured worker physical function to broader complexities related to work organization and the beliefs and roles of a myriad of players. Successful outcomes will require active planning and sensitivity to the complexity of the process.“ (ebd., S. 266)

Unter dem Gesichtspunkt der Einflussfaktoren auf RTW ergibt sich die zusätzliche Herausforderung, dass neben den z. T. noch weiterhin bestehenden Fragen zu individuellen und kontextuellen Einflussfaktoren auf den RTW-Prozess eine ganze Bandbreite an Maßnahmen als weitere Zusatzgröße Einfluss nehmen. Hinter diesen Maßnahmen stehen wiederum komplexe Bedingungsgefüge, die sich aus vielschichtigen Elementen, Prozessen und Akteuren zusammensetzen. Van Lierop und Nijhuis (2000) resümieren in ihrer Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in den Niederlanden, dass ihre Studie keine eindeutige Antwort liefern könne.

„However, our study cannot give a decisive answer about the elements that are relevant to increasing social and work-related skills. It is not clear which factor is more significant: a new training programme focused on individual possibilities or potential capabilities, its related practical training activities or the aggregate of all those efforts. In order to ensure successful long-term placements, a combination of applied elements seems necessary.“ (ebd., S. 268)

Diese Aspekte berühren eine wichtige Komponente von RTW, nämlich den Bereich der Interventionen und Prozessgestaltung. In der zuvor dargestellten Abbildung 5 (S. 63) sind Elemente von RTW aufgeführt, die sowohl Strukturen als auch gesetzlich verankerte Programme wie die stufenweise Wiedereingliederung sowie die medizinische und berufliche Rehabilitation beinhalten. Diese Bausteine stehen für das vielfältige Spektrum an RTW-Interventionen in Deutschland. Durch diese Vielfalt und z. T. unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger besteht aber zugleich die Gefahr, dass diese Maßnahmen nur wenig aufeinander abgestimmt ablaufen und die Angebote sowie deren Zugangswege für Unternehmen als auch für Beschäftigte undurchsichtig bleiben.

RTW ist also bedingt durch individuelle und kontextuale Faktoren sowie durch die Interventionen in diesem Prozess. Gleichzeitig kann eine separate Betrachtung individueller Faktoren auf

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

den RTW-Prozess durchaus wichtige Anhaltspunkte für die Gestaltung der Interventionen geben (Besen, Young et al. 2015). Für die berufliche Rehabilitation untersuchten Streibelt und Egner (2013) in einem systematischen Review die Einflussfaktoren auf RTW nach beruflichen Bildungsleistungen, um Hinweise auf Faktoren zu liefern, die für die Gestaltung beruflicher Bildungsleistungen in der Rehabilitation nutzbar gemacht werden können. Sie ermittelten, dass z. B. Faktoren wie die subjektive Gesundheit oder das Vorliegen eines regulären Maßnahmenendes (z. B. IHK-Zeugnis) starke Evidenz aufweisen. Gleichzeitig bleibt die Frage offen, welchen Einfluss die Maßnahme selbst aufweist. Sie merken an, dass in den vorliegenden Studien eine Beschreibung der zugrundeliegenden Maßnahme fehlte.

In einem niederländischen Review (Hoefsmits, Houkes et al. 2012), das speziell die Charakteristika von Interventionen in Bezug auf deren Einfluss auf RTW untersuchte, wurden folgende fördernde Faktoren abgeleitet:

- frühzeitiger Beginn der Intervention, d. h. innerhalb der ersten sechs Wochen der AU,
- stufenweise Aktivierung,
- interdisziplinär,
- nach einem zeitlich festgelegten Ablauf und
- flankiert durch einen fortwährenden Kontakt zum Arbeitgeber.

Neu entwickelte und evaluierte RTW-Programme bzw. Programme, die auf die berufliche Wiedereingliederung im weitesten Sinne ausgerichtet sind, orientieren sich stark an diesen Aspekten wie z. B. frühzeitig einsetzende und koordinierte Prozesse und Vernetzung aller Akteure (Aust, Helverskov et al. 2012; Fisker, Langberg et al. 2013; Gödecker-Geenen, Riedel et al. 2013). Deutlich wird hieran, dass der komplexe individuelle Verlauf der Rückkehr in das Arbeitsleben durch einen RTW-Prozess begleitet werden muss, der unterschiedliche z. T. standardisierte Elemente und Abläufe vereint und dabei individualisierbar bleibt. Marnetoft, Selander et al. (1999) kommen zu dem Schluss, dass ein frühzeitiger Rehabilitationsbeginn nur in Verbindung mit der richtigen Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt, durch Maßnahmen von hoher Qualität und unter Vorbereitung der Betroffenen auf diesen Prozess erfolgsversprechend ist.

Für Deutschland liegen inzwischen eine Reihe von z. T. evaluierten Modellprojekten vor, die sowohl auf neuen Präventionsansätzen aufbauen als auch mittels neuer Konzepte auf eine nachhaltige berufliche Integration ausgerichtet sind. Für den Bereich der Prävention sind beispielhaft zu nennen: „Betsi“ (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern)⁷⁶, Plan Gesundheit (für Beschäftigte in Arbeitsbereichen mit hohen körperlichen Belastungen)⁷⁷, FRESH (Freiburger

⁷⁶ www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2RenteReha/02Reha/01Modellprojekte/Betsinode.html (abgerufen am: 29.07.2016)

⁷⁷ <http://www.plangesundheit.de> (abgerufen am: 29.07.2016)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Programm zur Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege)⁷⁸ oder FEE (Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit)⁷⁹. Deutlich überschaubarer wird es, wenn man gezielt nach sektorenübergreifenden RTW-Programmen sucht. Dies ist durchaus erklärbar, denn RTW ist, wie eingangs erwähnt, ein heterogenes, nicht einheitlich definiertes Feld. Es bezieht sich auf unterschiedliche Settings (z. B. Unternehmen, medizinische und berufliche Rehabilitation) und Zuständigkeiten der Kostenträger sowie auf unterschiedliche Erkrankungsarten. Vor diesem Hintergrund liegen die besonderen Herausforderungen eines RTW-Prozesses in der Kommunikation- und Koordination zwischen verschiedenen Professionsgruppen. Mit Blick auf Deutschland wird darauf verwiesen, dass die sektorenübergreifende Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren durch Kommunikationsbarrieren gekennzeichnet ist, so z. B. zwischen den Betriebs- und Werkärzten auf der einen Seite und Hausärzten (Köpke 2012) sowie den medizinisch-therapeutischen Professionen in den Rehabilitationskliniken (Hesse, Heuer et al. 2008; Schoeller 2010) auf der anderen Seite. Friemelt und Ritter (2012) gehen davon aus, dass eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Betriebsärzten und den Rehabilitationseinrichtungen die Effektivität und Effizienz der Reha-Leistungen nachhaltig steigern können. Offenkundig ist daher die Forderung eines trägerübergreifenden Fallmanagements⁸⁰ (Mittag, Reese et al. 2014b; Nürnberger 2015), um die Leistungen für Betroffene und Unternehmen aus „einer Hand“ (Seel 2015) zu erbringen und die unterschiedlichen Bausteine in einen integrierten RTW-Prozess zu überführen.

Wie gezeigt werden konnte, sind u. a. subjektive Erwartungen, wie schnell der eigene Gesundheitszustand wiederhergestellt und die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann, von entscheidender Bedeutung für den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben. Diese Erkenntnis schließt an zentrale Untersuchungsgegenstände der Gesundheitspsychologie und -soziologie, wie den Konzepten von Gesundheit und Krankheit sowie der Bewältigung chronischer Erkrankung an. Daher ist es erforderlich, zumindest in Ansätzen, die wesentlichen Erkenntnisse aus diesem Bereich zusammenzutragen, die im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen.

⁷⁸ www.pflege-krankenhaus.de/lebensphasengerechtes-arbeiten/modelle-im-ueberblick/universitaetsklinikum-freiburg-erwerbsfaehigkeitssicherung-in-der-pflege.html (abgerufen am: 29.07.2016)

⁷⁹ <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Mitteldeutschland/de/Inhalt/5Services/03Broschueren/Magazine/01Brosch%20C3%20BCren/Praevention%20Gewinn%20fuer%20AG%20und%20AN.pdf?blob=publicationFile&v=4> (abgerufen am: 29.07.2016)

⁸⁰ Die Deutsche Rentenversicherung hat sich zum Ziel gesetzt, mittels des Forschungsprojektes „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ ein rentenversicherungsweites Fallmanagement-Konzept zu entwickeln und damit sektoren- und trägerübergreifende Interventionen zur (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbstätigkeit zu fördern (<http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3InfosfuerExperten/01sozialmedizinforchung/03rehawissenschaften/03afor-schungsprojekte/projekte/einzelprojekteKaluschaFallmanagem.html>, abgerufen am: 30.07.2016).

2.3 Gesundheit und Krankheit

In dem letzten Abschnitt der einführenden theoretischen Rahmung stelle ich den mehrdimensionalen Charakter von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt. Dabei geht es mir nur am Rande um Definitions- und Klassifikationsansätze, sondern vielmehr um den Aspekt subjektiven Bedeutungszuschreibungen dieser Zustände. Diese Ausführungen bieten den Anschluss zu den in Grundzügen dargestellten subjektiven Krankheitstheorien und Bewältigungsprozessen chronischer Krankheit. Chronische Krankheiten bestimmen in den industrialisierten Ländern seit vielen Jahrzehnten das Krankheits- und Behinderungsspektrum. Anhand von ausgewählten Daten wird diese Entwicklung belegt und anschließend der besondere Verlaufscharakter dieser Erkrankungen beschrieben. Eine chronische Krankheit wird in diesem Kontext als ein kritisches Lebensereignis gefasst und die charakteristischen Merkmale eines solchen biographischen Bruches herausgestellt.

2.3.1 Der mehrdimensionale Charakter von Gesundheit und Krankheit

Die Heranführung an die Mehrdimensionalität von Gesundheit und Krankheit erfolgt zunächst über die Aufschlüsselung beider Begriffe, um anschließend das Verhältnis beider Konstrukte auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu beschreiben. Gesundheit ist immer auch ein subjektives Phänomen, wie der Einblick in das Forschungsfeld zu subjektiven Krankheitstheorien veranschaulicht.

Gesundheit und Krankheit

Bereits an den Definitionen von Behinderung und chronischer Krankheit (s. o.) zeigt sich, dass diese nur begrenzt als objektive Zustände zu fassen ist. Ebenso verhält es sich mit den Konzepten von Gesundheit und Krankheit. Eine Abgrenzung ist häufig nicht eindeutig, denn nicht immer entspricht ein medizinischer Befund dem subjektiven Befinden.

Eine erste Umschreibung von Gesundheit brachte die WHO 1948 in der Präambel zur Konstituierung der WHO mit folgender Formulierung ein:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”⁸¹

Gesundheit ist demnach mehr als das Fehlen von Krankheit und ein Zustand der sich auf das Wohlergehen eines Menschen auf mehrere Ebenen – körperlich, geistig und sozial – erstreckt.

⁸¹ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Die WHO-Definition von Gesundheit ist bis heute stark umstritten, denn sie umschreibt einen ‚utopischen‘ Idealzustand. Sie dient daher eher als Orientierung, was Gesundheit sein kann (Flick 1997). Vor diesem Hintergrund liegt bis heute keine allgemeingültige Definition von Gesundheit vor, sondern sie ist vielmehr durch unterschiedliche Akzentuierungen einzelner Disziplinen geprägt und hängt von historischen und kulturellen Bezügen ab. Eine mögliche Verortung der unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen lässt sich bspw. bei Franke (2012) finden, die unterschiedliche Dimensionen von Gesundheit beschreibt:

- **Gesundheit als Störungsfreiheit:** Eine der ältesten Vorstellungen von Gesundheit orientiert sich an der Abwesenheit von Krankheit.
- **Gesundheit als Wohlbefinden:** Gesundheit bedeutet demnach das subjektive Wohlbefinden einer Person und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.
- **Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung:** Eine Person gilt demnach als gesund, wenn sie in der Lage ist, die von ihr erwarteten und geforderten Leistungen zu erbringen und sowohl den beruflichen als auch den familiären Rollenerwartungen zu entsprechen.
- **Gesundheit als Gleichgewicht (Homöostase):** Gesundheit ist ein Zustand von Ausgeglichenheit, Gleichgewicht, Ausgewogenheit. Veränderungen, z. B. im Umfeld einer Person können Gefahren für die Gesundheit darstellen.
- **Gesundheit als Flexibilität (Heterostase):** Der Mensch kann sich flexibel an sich verändernde Begebenheiten anpassen.
- **Gesundheit als Anpassung:** Der Mensch ist ein Organismus, der die von außen auf ihn einwirkenden Reize in einer für ihn spezifischen Weise aufnimmt und verarbeitet.

Eine verdichtete Definition von Gesundheit schlagen Hurrelmann und Richter (2013) vor:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (ebd., S. 147)

Die Autoren illustrieren Gesundheit als Passung zwischen inneren und äußeren Anforderungen in folgendem Modell (Abbildung 7).

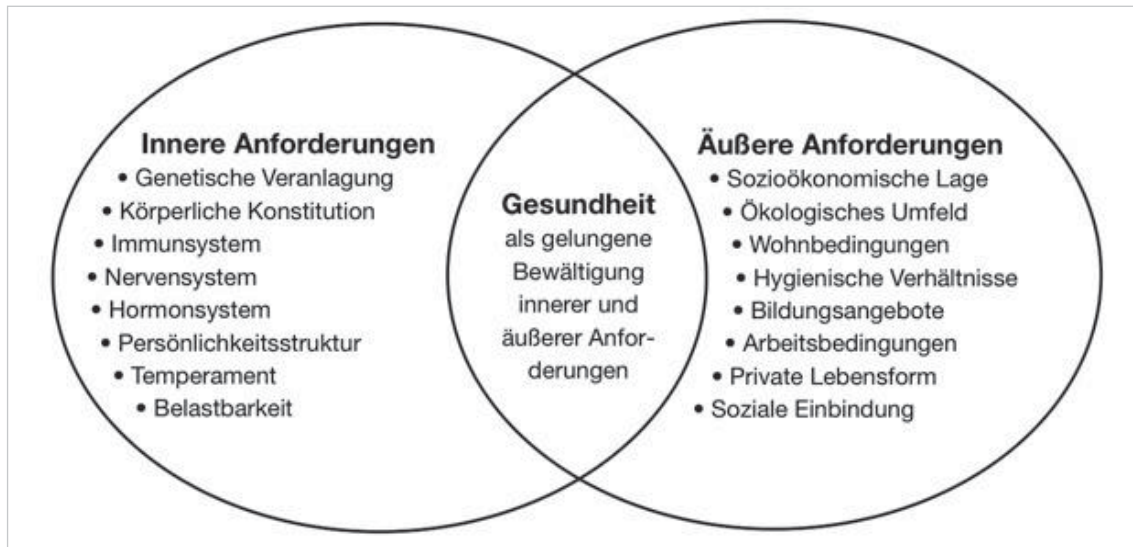


Abbildung 7: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (aus: Hurrelmann und Richter 2013, S. 143)

Welches definitorische Verständnis liegt Krankheit zu Grunde? Zunächst ist Krankheit ein praktisch-normativer Begriff (Franzkowiak 2015⁸²). Ähnlich wie Konzepte von Gesundheit unterliegen auch Krankheitskonzepte historischen und kulturellen Prägungen. Auch Klassifikationssysteme von Krankheiten verändern sich mit dem jeweiligen historischen Stand der Medizin und in Abhängigkeit vom gesellschaftlichen Umgang mit Krankheiten. Die WHO hat mit der ICD (International statistical classification of diseases and health-related problems) ein Modell verabschiedet, das der Klassifizierung von Krankheiten dient. Es existiert seit 1993 in der 10. Revision (ICD-10) und wird jährlich weiterentwickelt. Aktuell wird die ICD in eine 11. Revision überführt (für 2017 angekündigt).

Leitend für das ärztliche Handeln im westlich-europäischen Bereich sind gegenwärtig naturalistisch-medizinische Krankheitsmodelle, die aus biomedizinischer Perspektive organisch-funktionelle und pathophysiologische Zusammenhänge beschreiben. Beispielhaft sei hierfür die Definition des klinischen Wörterbuches Pschyrembel (2014) angeführt:

Krankheit: 1. (engl.) disease; Erkrankung; Nosos, Pathos, Morbus; Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. i. S. der sozialversicherungs- u. arbeitsrechtl. Gesetze der regelwidrige Körper- od. Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) od. der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt; 3. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiologisch, morphologisch, symptomat., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine best. Erkrankung verstanden wird. [...]“ (ebd., S. 1038).

⁸² <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=106&marksuchwort=1> (abgerufen am: 01.08.2016)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

In der heutigen Versorgungspraxis haben sich zunehmend multifaktorielle, integrative Krankheitsmodelle durchgesetzt, die psychosomatische Perspektiven, Stressmodelle und die vielfältigen Risikofaktoren berücksichtigen.

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

In diesem Zusammenhang bietet es sich an, die pathogenetische und die salutogenetische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit anzubringen, um das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit näher zu beleuchten. Pathogenetische Ansätze sind auf die Entstehung von Erkrankungen ausgerichtet. Unter salutogenetischen Ansätzen wird erforscht, wie Gesundheit erhalten und gefördert werden kann. Das Konzept der Salutogenese geht dabei auf den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923 - 1994) zurück, der dieses Konzept 1979 erstmals zusammenhängend in die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion einbrachte (Antonovsky 1979). Um die herkömmliche Trennung in gesund und krank zu überwinden, setzt Antonovsky einer solchen Abgrenzung die Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (health ease/dis-ease continuum) entgegen und entwickelte damit eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitskonzepte (Franke 2015⁸³). Gesundheit und Krankheit sind nach diesem Konzept nicht als gegensätzliche Zustände zu verstehen, sondern auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Missempfinden (Bengel, Strittmacher et al. 2001) zu verorten.

„Jeder Mensch bewegt sich während seines gesamten Lebens zwischen diesen Polen. Hieraus lässt sich das Konzept der bedingten Gesundheit ableiten, das sich von einer rein pathogenetischen Sichtweise abgrenzt und den Blick auf die Förderung von Ressourcen und gesund erhaltenden Kräften ermöglicht.“ (Ohlbrecht und Bartel 2012, S. 5).

Auf Basis zentraler wissenschaftlicher Theorien wie den Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien sowie Public-Health-Theorien überführen Hurrelmann und Richter (2013) diese Erkenntnisse in acht interdisziplinär tragfähige Maximen von Gesundheit und Krankheit:

- Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
- Die sozialen Bedingungen bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
- Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
- Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.

⁸³ <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=164> (abgerufen am: 03.08.2016)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
- Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
- Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.
- Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen - der körperlichen, der psychischen und der sozialen - voneinander unterscheiden. (ebd., S. 139-146)

Im Einklang mit diesen Maximen steht das „Mandala-Modell der Gesundheit“ vom britisch-kanadischen Public-Health Wissenschaftler und Mediziner Dr. Trevor Hancock. Dieses Modell weist darüber hinaus einen starken Anwendungsbezug auf, da es praktische Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik bietet (Abbildung 8).

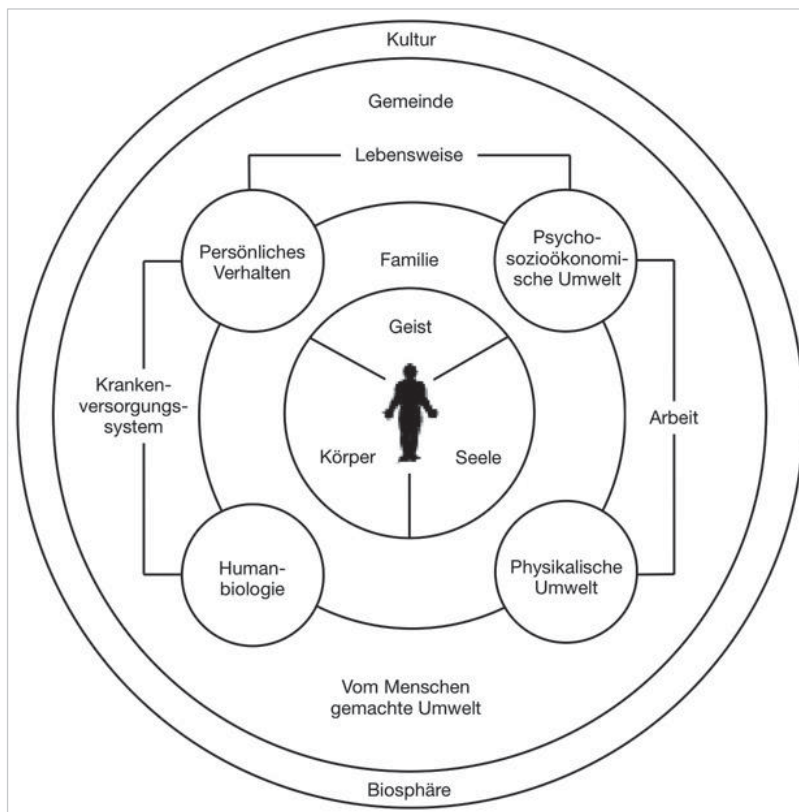


Abbildung 8: Hancocks „Mandala-Modell der Gesundheit“ (In: Waller und Blättner 2011, S. 83)

Um Gesundheit von Krankheit in diesem komplexen Bedingungsgefüge voneinander abzugrenzen, können nur bedingt objektive Phänomene herangezogen werden. Gesundheit ist immer auch ein subjektives Phänomen, weil es von Menschen in seinen positiven und negativen Facetten, z. B. über Wohlbefinden oder Schmerzen, wahrnehmbar und erlebbar ist. Zugleich, so wird es im Mandala-Modell deutlich, ist Gesundheit durch soziale Bezüge bedingt. Auch prägen Sozialisationserfahrungen und individuelle Lebenserfahrungen, Vorstellungen von Gesundheit

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

und Krankheit deren Stellung im eigenen Leben sowie Handlungs- und Bewältigungskompetenzen.

Subjektive Krankheitstheorien

Die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung befasst sich bereits seit den 1970er-Jahren mit dem Laiengesundheitssystem. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Alltagskonzepten von Gesundheit und Krankheit. Dabei geht es nicht mehr um die statische Beschreibung eines Zustandes, sondern darum, dass Personen im Laufe ihres Lebens unterschiedlich erfolgreiche Strategien der Lebensführung und des Krankheits- und Bewältigungsmanagements entwickelt bzw. familial erlernt haben. Das subjektive Krankheitserleben und Gesundheitshandeln im Alltag unterliegt demnach subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit.

„Laien formulieren vielmehr auch Gesundheitstheorien, die eine deutliche Nähe zu wissenschaftlichen Theorien der Salutogenese aufweisen. Die subjektive Theorie der Erhaltung und Stärkung von Ressourcen, die Theorie des Ausgleichs oder der Balance von Risiken zeigen deutliche salutogenetische Vorstellungen einer Interaktion von gesundheitlichen Risiken und Ressourcen.“ (Faltermaier, Kühnlein et al. 1998, S. 324)

Gesundheit, so fasst Faltermaier (2015⁸⁴) den Forschungsstand zu den Alltagskonzepten zusammen, wird u. a.

- von Laien auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschrieben, vielfach sogar auf mehreren Ebenen gleichzeitig,
- als Aktionspotenzial verstanden, das sich als Reservoir an Energie (körperlich, geistig, auch als Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen), als (körperliche oder geistige) Leistungsfähigkeit oder als grundlegende Handlungsfähigkeit (z. B. am Morgen gut aufstehen zu können) ausdrücken kann,
- von Frauen eher auf psychischen Dimensionen und mittels differenzierter Gesundheitskonzepte gefasst; von Männern tendenziell häufiger auf der Dimension der Leistungsfähigkeit verortet.

Faltermaier, Kühnlein et al. (1998) entwickelten für den deutschen Raum anhand einer qualitativen Studie bei gesunden berufstätigen Erwachsenen aus Handwerks- und Verwaltungsberufen eine Typologie von subjektiven Gesundheitstheorien. Dieses sind im Einzelnen die Risikotheorien, Ressourcentheorie, Ausgleichs- und Balancetheorie sowie Schicksalstheorie, die im Folgenden kurz erläutert werden. Gemäß der Risikotheorie nehmen Menschen an, dass ihre Gesundheit durch bestimmte externe Risiken bzw. negative Einflüsse gefährdet wird. Zu diesen Risiken gehören z. B. Gefährdungen am Arbeitsplatz, psychische Belastungen oder Umweltgifte. Auch eigene (interne) riskante Verhaltensweisen (z. B. Rauchen) werden als Ursachen von

⁸⁴ <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=136&marksuchwort=1> (abgerufen am: 04.08.2016)

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Krankheit genannt. Gesundheitshandeln würde somit auf eine Verminderung dieser externen Risiken abzielen.

Im Mittelpunkt der Ressourcentheorie steht nicht das persönliche Risiko, sondern die Verfügbarkeit von personalen oder sozialen Ressourcen. Personale Ressourcen, die der Gesundheit dienen können, sind z. B. die eigene körperliche oder psychische Disposition oder die Lebensweise. Soziale Ressourcen sind z. B. die soziale Umwelt (Freunde, Familie). Eigenes Gesundheitshandeln würde somit auf die Erhaltung bzw. Verbesserung der personalen und sozialen Ressourcen abzielen.

Ausgleichs- und Balancetheorien fokussieren die Wechselwirkung zwischen Risiken und den Möglichkeiten, diese Risiken kompensieren zu können. Negative Einflüsse in einem Lebensbereich (wie belastende Arbeitsbedingungen) können durch positive Einflüsse aus anderen Lebensbereichen (z. B. regenerative Freizeitaktivitäten) gezielt ausgeglichen werden. Ruhe und Entspannung nach Feierabend wirken z. B. kompensierend auf einen stressigen Arbeitsalltag.

Der Schicksalstheorie folgend wird angenommen, dass Gesundheit in dem Augenblick verschwindet, wenn eine Krankheit schicksalhaft eintritt. Diese Theorie geht davon aus, dass ein nicht zu kontrollierender Prozess auf die Gesundheit einwirkt. Gesundheit schwindet bedingt durch biologische Alterungsprozesse oder durch zufällige, schicksalhafte Einflüsse. Ist eine Erkrankung eingetreten, kann ggf. nur noch ein Arzt helfen; einen Einfluss auf das Geschehen durch Prävention oder Kompensation zu nehmen, erscheint dieser Theorie folgend als unmöglich. Hinter diesen Theorien stehen Ideen oder Überzeugungen darüber, welche positiven oder negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit möglich sind und wie diese zusammenwirken.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch Laien ihre Gesundheit durch ein multifaktorielles Geschehen beeinflusst sehen und nicht nur durch einen einzelnen Einflussfaktor. In der jeweiligen subjektiven Theorie kommt es zu einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung des Einflusses einzelner Wirkfaktoren und ihrer Wechselwirkungen. „Je nach Typus einer subjektiven Theorie ist jedoch kognitiv immer nur ein begrenztes Spektrum an Handlungsmöglichkeiten repräsentiert.“ (Faltermajer, Kühnlein et al. 1998, S. 321) Diese Laientheorien bilden eine notwendige kognitiv-motivationale Bedingung für das Gesundheitshandeln im Alltag. Durch die Einbeziehung des biographischen und sozialen Kontextes konnten Faltermajer, Kühnlein et al. (1998) in ihrer Studie neben den vier Typologien subjektiver Gesundheitstheorien vier Veränderungsdynamiken rekonstruieren.

- Nach der „*On-off-Dynamik*“ gibt nur zwei Zustände, entweder Gesundheit oder Krankheit.
- Im Lauf des Lebens nimmt Gesundheit durch biologische und externe Einflüsse (z. B. Alter, Risiken) ab (*Reduktionsprozess*).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- Gleichzeitig kann sich Gesundheit unter bestimmten Bedingungen verbessern (*Regenerationsprozess*) oder
- sogar erweitern (*Expansionsprozess*).

Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben eine wichtige Bedeutung für die Erklärung des aktuellen Gesundheitsverhaltens sowie für den Umgang mit Krankheit und besitzen demnach auch für die Planung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen einen bedeutsamen Einfluss (Faltermaier und Brütt 2013; Ulich und Wülser 2015).

Prägend für das Verständnis von Gesundheit und den Umgang mit Krankheit ist die Lebenswelt (Milieu) des Menschen, in der ihm unterschiedliche materielle, soziale und kulturelle Ressourcen zur Verfügung stehen. Basierend auf diesem Kenntnisstand und ausgehend vom Modell sozialer Milieus der Lebensweltforschung untersuchten Wippermann, Arnold et al. (2011) das Spektrum der Einstellungen zu und Erfahrungen mit Gesundheit, Krankheit und dem deutschen Gesundheitswesen. Sie zeigen umfassend auf, dass jedes Milieu eine eigene Einstellung und Haltung zur Gesundheit hat, diese kultiviert und tradiert (ebd., S. 37).

„Entsprechend gibt es eine Vielzahl von Perspektiven auf das Gesundheitssystem. Die Bereitschaft und die Möglichkeiten zur Übernahme von (Mit-)Verantwortung sind in den Milieus aufgrund der jeweiligen kulturellen, sozialen und materiellen Ressourcen sehr verschieden. Dies spiegelt sich in unterschiedlicher Sensibilität für gesundheitliche Probleme, in der partnerschaftlichen und familiären Anamnese, in vielfältigen Konzepten des gesunden Lebens, in den Statistiken der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und schließlich in hoch unterschiedlicher Compliance bei medizinischen Behandlungen wider.“ (ebd., S. 34)

An dieser Stelle kann nicht differenziert auf die Ergebnisse dieser Untersuchung eingegangen werden. Doch es erscheint als bedeutsam, die grundlegenden Dispositionen der vier Milieusegmente an dieser Stelle aufzuführen:

- Die Leitmilieus der Etablierten, Postmateriellen und Modernen Performer bekunden das stärkste gesundheitliche Engagement in Bezug auf Informationsbeschaffung, Selbstachtsamkeit und Prävention.
- Das traditionelle Milieusegment der Konservativen und Traditionsverwurzelten zeigt ein leicht überdurchschnittliches Gesundheitsbewusstsein mit dem Schwerpunkt auf Vorbeugung und Vertrauen auf das Bewährte.
- Die Mainstream-Milieus der bürgerlichen Mitte und der Konsum-Materialisten betonen vor allem ihre Preissensibilität.
- Die Milieus der Hedonisten und Experimentalisten zeigen im Vergleich zu anderen Milieus das geringste Gesundheitsbewusstsein. (ebd., S. 36f).

Mit dieser erweiterten Perspektive auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und subjektive Krankheitstheorien rückt die subjektive Wahrnehmung vom Krankheitserleben und Gesundheitshandeln ins Zentrum und ermöglicht eine kompetenz- und ressourcenorientierte Betrachtung. Insbesondere chronische Krankheiten, die in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen haben, stellen die Medizin vor neue Herausforderungen und verdeutlichen, dass eine

ausschließliche Betrachtung im Kontext der Pathogenese an ihre Grenzen gelangt. Die Entstehung und Bewältigung chronischer Krankheiten folgen nicht dem tradierten Defektmodell; in ihrer Entstehung sind mehrere, auch nicht-medizinische Ursachen bedeutsam (Franzkowiak 2015⁸⁵). Die Feststellung einer chronischen Krankheit ist eine medizinisch-diagnostische Frage, die jedoch keine Aussage über den Verlauf einschließt. „Die einzige Aussage, die sich aus derartigen Diagnosen ableiten lässt ist, dass diese Krankheit über Jahre hin bestehen wird und keine Heilung, sondern bestenfalls eine Besserung möglich ist.“ (Bernert und Linden 2011)

2.3.2 Chronische Krankheit als biographischer Bruch

Ein Überblick zur Epidemiologie chronischer Erkrankungen soll einführend das Ausmaß dieses Krankheitsspektrums deutlich machen und zugleich durch die Anführung der charakteristischen Merkmale chronischer Erkrankungen, die besonderen Bewältigungsherausforderungen für die Betroffenen aufzeigen. Ausführungen zu den Bewältigungsprozessen sowie im Besonderen zu den biographischen Arbeitsprozessen, die durch eine chronische Erkrankung ausgelöst werden, bilden den Abschluss dieses Kapitels.

Epidemiologie chronischer Erkrankungen

In den industrialisierten Ländern bestimmen chronische Krankheiten seit vielen Jahrzehnten das Krankheits- und Behinderungsspektrum⁸⁶. Laut der WHO sind chronische Erkrankungen bzw. nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes oder Krebs weltweit die Haupttodesursache. 60 % der jährlichen Todesfälle weltweit sind auf chronische Erkrankungen zurückzuführen⁸⁷. In Deutschland, so Bengel, Beutel et al. (2003), stellen chronisch kranke Patientinnen und Patienten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen die häufigste Behandlungsgruppe dar. Auch im Rahmen sozialmedizinischer Entscheidungen (Anträge auf Rehabilitation, LTA oder EM-Renten) sind sie von besonderer Bedeutung (vgl. Kapitel 2.3.2). Für den überwiegenden Teil der Sterbefälle im Jahr 2014 in Deutschland waren Krankheiten des Kreislaufsystems (38,9 %) ⁸⁸ verantwortlich, gefolgt von Krebserkrankungen (25,8 %) ⁸⁹. Muskel- und Skelett-

⁸⁵ <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=106&marksuchwort=1> (abgerufen am: 03.08.2016)

⁸⁶ Das Auftreten fast aller chronischen Erkrankungen ist durch soziale Ungleichheiten gekennzeichnet. Die höchsten Risiken treten typischerweise bei Männern und Frauen mit den niedrigsten Einkommen, dem niedrigsten Bildungsstand und bei beruflichen Positionen auf, die mit den geringsten Möglichkeiten zur selbstbestimmten Ausgestaltung von Tätigkeiten verbunden sind (Geyer 2016). Zur Rolle von Gesundheit und Krankheit in Inklusions- und Exklusionsprozessen vgl. Hartmann (2010).

⁸⁷ <http://www.who.int/chp/en/> (abgerufen am: 03.08.2016)

⁸⁸ In Deutschland und anderen Industrienationen ist in den letzten Jahrzehnten stetiger Rückgang der Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten. Diese Entwicklung wird auf Fortschritte in der Prävention und Therapie zurückgeführt (RKI 2015: 38).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und sind führende Ursache für chronische Schmerzen, körperliche Funktionseinschränkungen und Verlust an Lebensqualität (Woolf, Erwin et al. 2012). Etwa 25 % der Frauen und 17 % der Männer in Deutschland leiden unter chronischen Rückenschmerzen, die mit zunehmendem Alter deutlich häufiger auftreten (RKI 2015). Zu den häufigsten psychischen Störungen in Europa gehören Angststörungen, Depressionen und Schlafstörungen (Wittchen, Jacobi et al. 2011). Nach den Daten der Studie ‚Zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland‘ sind 13,1 % der Frauen und 6,4 % der Männer im Alter von 18 bis 64 Jahren von Depressionen betroffen (Jacobi, Hofler et al. 2014). Aktuell gibt es keine Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung (RKI 2015: S. 11), allerdings steigt die Zahl psychisch bedingter Krankschreibungen und Frühberentungen (vgl. Kapitel 2.2.1). Bei der Unterscheidung zwischen chronifizierten somatischen und psychischen Erkrankungen muss berücksichtigt werden, dass Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen zusätzlich psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Dies wird für 30-40 % aller Krankenhauspatientinnen und -patienten angenommen (Bengel, Beutel et al. 2003).⁹⁰

Bewältigungsprozesse und Ressourcen

Charakteristisch für chronische Erkrankungen ist, dass sie eine lange Latenzzeit haben, schleichend oder schubweise beginnen und dabei variierende und dynamische Krankheitsverläufe aufweisen. In der Regel sind sie nicht heilbar und beeinträchtigen Menschen über längere Zeiträume oder das gesamte weitere Leben hinweg (Chronizität). Sie können zu einer Behinderung mit dauerhaften Einschränkungen von Aktivität und gesellschaftlicher Teilhabe bei den Betroffenen führen.

„Chronisch Kranken stellen sich nicht nur sehr viele, sondern – so ihre Besonderheit – sehr vielschichtige und komplexe Bewältigungs- und Anpassungsherausforderungen. Die Komplexität ist u. a. Resultat dessen, dass sich die auf unterschiedlichen Ebenen gelagerten Bewältigungserfordernisse wechselseitig durchdringen und sie *keinen einmaligen und keinen gleichförmigen* Charakter aufweisen. Sie stellen sich im Verlauf der Krankheit *immer wieder*, sind also dauerhaft. Zugleich stellen sie sich jedes Mal *neu und anders* dar und können deshalb nicht in Routinen aufgelöst werden – beides entscheidende Faktoren dafür, weshalb das Leben mit chronischem Kranksein stets in Gefahr steht, aus der Balance zu geraten und krisenhafte Züge zu tragen.“ (Schaeffer 2006, S. 194f)

⁸⁹ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabelle/EckdatenTU.html;jsessionid=9A2A14A972E7D7DBD0E63CF402B08077.cae4> (abgerufen am: 06.08.2016)

⁹⁰ Für die besonderen Herausforderungen an die Versorgungspraxis durch chronische Erkrankungen vgl. Bengel, Beutel et al. (2003) und Scheidt-Nave (2010).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Die Gestalt und der Verlauf vieler chronischer Krankheiten haben sich in den letzten Jahren stark verändert, womit sich folglich die individuellen Bewältigungsherausforderungen erweitert haben (Schaeffer 2009). Durch den medizinischen Fortschritt verbesserten sich die Behandlungsmöglichkeiten und die Verlaufsduer einer chronischen Krankheit wurde deutlich verlängert. Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen länger mit der Krankheit und deren Folgen leben. So besteht für sie die Möglichkeit, die Erkrankung mit der Zeit in ihr Leben zu integrieren und dadurch eine wachsende Autonomie zu erleben. Gleichzeitig ergeben sich mit zunehmendem Alter⁹¹ neue Herausforderungen für die chronisch Kranken, wie z. B. Multimorbidität, Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen, zunehmende altersbedingte Funktionseinschränkungen sowie Pflegebedürftigkeit. Die zuvor beschriebenen Merkmale chronischer Erkrankungen lösen bei den Betroffenen eine große Unsicherheit aus. Ungewissheit ist ein grundlegendes Strukturmoment von Krankheitskarrieren (Gerhardt 1976), die eine fortlaufende individuelle Bewältigungsarbeit erforderlich machen.

Bei der Definition von ‚Bewältigung‘ wird zurückgegriffen auf die Formulierung von Schaeffer und Moers (2009), die demnach für „die von dem erkrankten Individuum unternommenen Handlungsanstrengungen, um mit der Krankheitssituation und ihren zahlreichen biographischen, sozialen, alltagsweltlichen und krankheitsbezogenen Implikationen umzugehen“ steht (ebd., S. 112). Eine abschließende Bewältigung ist aber nicht möglich. In der Bewältigungsforschung wird demnach nicht zwischen guten und schlechten Bewältigungsformen unterschieden, sondern immer von der jeweiligen Perspektive abhängig gemacht (Betroffene, Familie, Professionelle) (Krämer und Bengel 2016; Wolf-Kühn und Morfeld 2016). Bewältigung bedeutet eher ein ‚Pendeln‘ zwischen Verstehen, Akzeptanz und Ablehnung und ist geprägt durch die unterschiedlichen Verlaufsphasen der Erkrankung. Die einzelnen Phasen sind von Schaeffer und Moers (2009) in einem Phasenmodell beschrieben, das Bewältigungshandeln bei chronisch progredienten Erkrankungen wie folgt strukturiert:

- Phase 1: Im Vorfeld der Diagnose
- Phase 2: Erhalt der Diagnose – Manifestation der Krankheit
- Phase 3: Restabilisierung
- Phase 4: Leben im Auf und Ab der Krankheit
- Phase 5: Einsetzen der Abwärtsentwicklung
- Phase 6: Beschleunigung der Abwärtsentwicklung, Sterben

⁹¹ Das Statistische Bundesamt (2009) geht davon aus, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung bis zum Jahr 2060 mindestens auf 89,2 Jahre bei Frauen und 85,0 Jahre bei Männern steigen wird. Aktuell (2013/2015) liegt sie bei 83,06 Jahren für Frauen und bei 78,18 Jahren bei Männern (www.destatis.de, abgerufen am: 13.05.2017).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Dieses Phasenmodell zeigt eindrücklich die „spezielle Eigendynamik chronischer Krankheiten“ (Schäffer 2009, S. 19) auf und komplementiert die ‚klassischen‘ psychologischen Theorien der Krankheitsbewältigung (Wolf-Kühn und Morfeld 2016). Chronische Krankheiten verlaufen nicht gleichförmig, sondern wechsel- und phasenhaft: akute Krisen, Phasen der Restabilisierung und Rekonvaleszenz sowie Phasen erneuter Destabilisierung stehen im permanenten Wechsel und verleihen dem Krankheitsverlauf eine spezifische Form. Die an die Erkrankten gestellten Bewältigungsanforderungen sind daher sehr komplex und erfordern spezifische Verarbeitungsformen auf der Ebene der Biographie, der Identität und des Alltags- und Familienlebens.

Im Kontext der Bewältigung chronischer Erkrankungen prägten Corbin und Strauss (2004)⁹² den Begriff der Bewältigungsarbeit. Diese umfasst Aufgaben, die im Rahmen einer längerfristigen Krankheitsbewältigung anfallen und durch den Betroffenen allein, in einer Lebensgemeinschaft und gemeinsam mit anderen (z. B. medizinische und therapeutische Professionen) erfüllt werden. Es lassen sich drei Hauptarbeitslinien unterscheiden:

- **krankheitsbezogene Arbeit:** z. B. die Zusammenarbeit mit den medizinischen und therapeutischen Professionen, das Symptommanagement oder die Medikamenteneinnahme
- **biographische Arbeit:** z. B. Integration der Erkrankung in das eigene Leben, Anpassung an Funktionseinschränkungen, neue Berufsperspektive entwickeln
- **alltagsbezogene Arbeit:** z. B. alltägliche Pflege, Haushaltsorganisation, Freizeitgestaltung

Diese unterschiedlichen Arbeitstypen sind untrennbar miteinander verbunden, beeinflussen sich gegenseitig und hängen in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad, den Zeitaufwand und die beteiligten Personen vom Verlauf der Krankheit ab. Das Resultat der Arbeits- und Bewältigungsleistungen wiederum wirkt auf den Krankheitsverlauf zurück. Der Krankheitsverlauf wird eben nicht nur durch den somatischen Verlauf des Krankheitsgeschehens beeinflusst, sondern in entscheidendem Maße durch das Handeln der beteiligten Akteurinnen und Akteure (Corbin und Strauss 2004; Schaeffer und Moers 2009). Die Bewältigung einer chronischen Erkrankung hängt maßgeblich davon ab, auf welche Ressourcen die Betroffenen zurückgreifen und welche sie aktivieren können, um mit ihrer Erkrankung umzugehen (Schröder und Schwarzer 1997). In Abbildung 9 ist ein Modell von Einflussfaktoren auf die Bewältigung einer chronischen Erkrankung angeführt.

⁹² Auf das Verlaufskurvenmodell („illness trajectory“) von Glaser und Strauss (1965); Glaser und Strauss (1968) sowie Schütze (2006) wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen, in dem die biographische Arbeit im Fokus steht.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

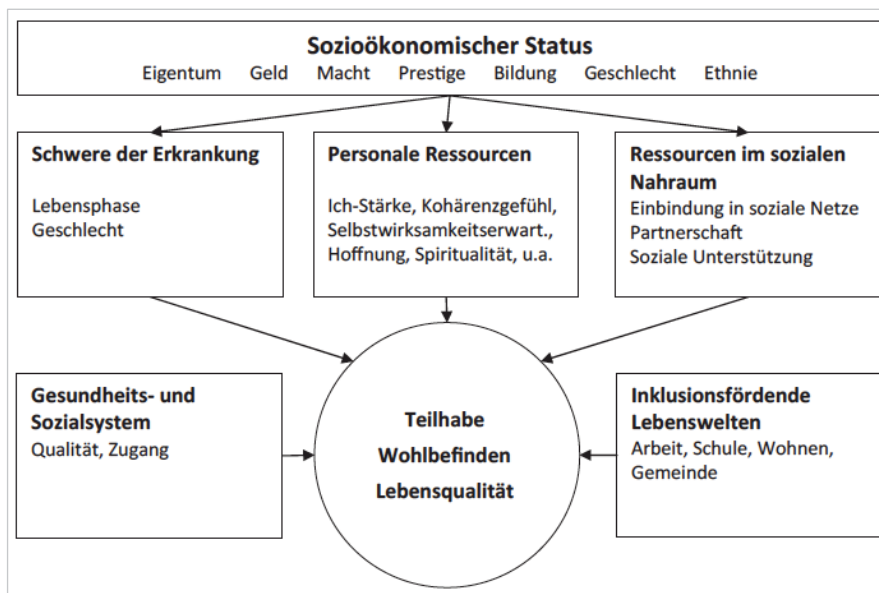


Abbildung 9: Einflussfaktoren auf die Bewältigung einer chronischen Krankheit (aus: Wolf-Kühn und Morfeld 2016, S. 42)

Personale Ressourcen bezeichnen bestimmte Kompetenzen, Eigenschaften und Einstellungen einer Person, die sie widerstandsfähig gegen Belastungen und Risikofaktoren machen und zugleich das Bewältigungshandeln positiv beeinflussen. Als besonders relevant für die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Bewältigungshandeln einer Person gelten u. a. folgende Persönlichkeitsmerkmale:

- eine optimistische Lebenseinstellung (Isaacowitz und Seligman 2001; Scheier und Carver 2003),
- internale Kontrollüberzeugung, das Gefühl, Kontrolle über die eigene Umwelt zu haben (erstmalig vorgestellt als „locus of control“ von Rotter 1966),
- Selbstwirksamkeitserwartungen, der Glaube in die eigene Handlungsfähigkeit (Bandura 1977; Schröder und Schwarzer 1997) sowie
- Kohärenzsinn, die Sinnhaftigkeit des Handelns (Antonovsky 1979).

Letzterer Einflussfaktor soll im Folgenden kurz erläutert werden. Das Konzept wurde von Aaron Antonovsky (1979) im Rahmen seines Salutogenesmodells etabliert und bezeichnet die allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, die eine wichtige Ressource für den Erhalt der Gesundheit darstellt. Kohärenz bedeutet demnach das Gefühl des Zusammenhangs, von Stimmigkeit und Sinnhaftigkeit. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- **Gefühl von Verstehbarkeit** (*sense of comprehensibility*): Fähigkeit von Menschen, aus zunächst chaotisch erscheinenden Stimuli und Informationen des inneren und äußeren Umfelds einen verstehbaren Zusammenhang herzustellen

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- **Gefühl von Handhabbarkeit** (*sense of manageability*): Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind und das Vermögen, unter Belastungen innere und äußere Ressourcen mobilisieren zu können
- **Gefühl von Sinnhaftigkeit** (*sense of meaningfulness*): Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet

Es konnte belegt werden, dass sich das Kohärenzgefühl eines Menschen und seine psychische Gesundheit gegenseitig bedingen (vgl. Bengel, Strittmacher et al. 2001). Neuere Studien bestätigen zudem Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeit und einem niedrigen Stressempfinden (Zirke, Schmid et al. 2007). Eine arbeits- und organisationspsychologische Studie (Udris 2006), in der das Salutogenesemodell auf den Arbeitskontext übertragen wurde, ging der Frage nach, weshalb die einen Menschen trotz hoher beruflicher Belastungen gesund bleiben, andere hingegen nicht. Als stärkend für das Kohärenzgefühl erwiesen sich in Bezug auf die Arbeitssituation die in Tabelle 3 aufgeführten Faktoren.

Tabelle 3: Merkmale der Arbeitssituation mit förderlicher Wirkung auf personale Ressourcen (Kohärenzgefühl) (nach: Udris 2006, S. 11)

Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Sinnhaftigkeit
<ul style="list-style-type: none">• Transparenz• Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten• Ganzheitlichkeit der Aufgaben	<ul style="list-style-type: none">• Partizipationsmöglichkeiten• Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs-, Kontroll- und Gestaltungsmöglichkeiten)• Rückmeldung (Feedback)• Zeitliche Spielräume• Kooperationsmöglichkeiten• Soziale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none">• Abwechslung• Anforderungsvielfalt• Lernmöglichkeiten• Entwicklungsperspektiven• Sinnhaftigkeit der Arbeit

Zudem stellte die Forschergruppe um Volanen, Lahelma et al. (2004) fest, dass psychoemotionale Ressourcen, wie z. B. die Qualität der Beziehung zum Partner, soziale Unterstützung, Qualität der Erwerbsarbeit und Kindheitserfahrungen einen bedeutsamen Einfluss auf das Kohärenzgefühl haben. Bei den sozialen Ressourcen wird unterschieden zwischen sozialer Integration, Formen der sozialen Unterstützung und qualitativen Beziehungsaspekten. Unter sozialer Integration versteht man das Vorhandensein und das Ausmaß von Sozialkontakten sowie deren Merkmale, d. h. die Zahl der Verwandten und Freunde und die Häufigkeit der Kontakte. Allerdings sagt die Quantität der sozialen Kontakte noch nichts über die Qualität der einzelnen Beziehungen aus. Die spezifische Form sozialer Beziehungsmuster wird unter dem Konstrukt der sozialen Unterstützung gefasst, das unterschiedliche Formen aufweist (Abbildung 10).



Abbildung 10: Formen sozialer Unterstützung (nach: Nestmann 2000)

Soziale Unterstützung spielt eine wesentliche Rolle im Prozess der Krankheitsbewältigung (Schwarzer und Knoll 2007). Sie wirkt grundsätzlich gesundheitsförderlich und hat einen positiven Effekt auf die Morbidität und Mortalität (Badura 1981; Mielck 2005). Soziale Unterstützung entfaltet damit einerseits eine Schutzwirkung, die zum Tragen kommt, wenn eine Person Belastungen ausgesetzt ist. Andererseits fördert sie direkt die Gesundheit und das Wohlbefinden. Gleichzeitig kann sie aber auch präventiv Belastungen vorbeugen (vgl. Unterstützungsmodell von Pfaff 1989).

Verlaufskurvenmodell und biographische Arbeit

Eine chronische Erkrankung stellt einen Bruch im bisherigen Leben eines Menschen dar und kann den zukünftigen Lebensverlauf tiefgreifend verändern und bestimmen.

„Der Ausnahmezustand, um den es geht, ist nicht die Krankheit als solche und nicht ein medizinischer Befund im engeren Sinn, sondern die Art und Weise, wie die biographische Krise beim erkrankten Menschen ausgelöst und erlebt wird, Unruhe und Unsicherheit stiftet und mit Störungen aller Art »Wohlbefinden« und »Wohlergehen« nachhaltig beeinflusst.“ (Keil 2013, S. 130)

Nach Bury (1982) kennzeichnen drei Aspekte diesen biographischen Bruch.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- Selbstverständliche Annahmen und Verhaltensweisen werden zerstört und die Grenzen des gemeinhin zu Erwartenden verletzt.
- Die eigene Biographie und das Selbstbild werden grundlegend überdacht.
- Als Reaktionen auf den Bruch und der veränderten Situation werden Ressourcen aktiviert.

Auch Charmaz beschreibt die Auswirkungen einer chronischen Krankheit auf das Selbstbild der Betroffenen (Charmaz 1983). Das Selbstbild ändert sich durch die Einschränkungen im Leben, die Isolation, Anzweiflungen und Belastungen, die sie anderen bringen. Die Forscherin spricht von einem ‚loss of self‘ als einer Form des Erleidens durch chronische Erkrankungen.

Biographische Arbeit beinhaltet demnach die Integration der Erkrankung in die eigene Biographie (Corbin und Strauss 2004). Die Krankheit muss „entziffert“ (Jacob, Eirnbter et al. 1999, o. A.) werden, doch für diese Entschlüsselung und die Bewältigung dieser Aufgaben fehlen den Betroffenen in der Regel Modelle, an denen sie anknüpfen und ihr Verhalten orientieren können. Chronisch Kranke sind, wie Akashe-Böhme und Böhme (2005) konstatieren, „Gesunde Kranke“ und „Kranke Gesunde“, die nach einem Weg suchen, der Krankheit einen Platz in ihrem weiteren Leben zu geben. Die Aneignung von Krankheit und krankheitsspezifischen Prozessen des Erleidens sind immer auch Phänomene des Lernens (Nittel 2011).

Fasst man die bisherigen Erkenntnisse übergreifend zusammen, wird erkennbar, dass der Umgang mit einer chronischen Krankheit und deren biographische Arbeitslinien auf Grund der unterschiedlichen Krankheitsverlaufskurven stark voneinander abweichen kann. Wächst ein Mensch von Beginn seiner biographischen Entwicklung an mit der Krankheit auf, hat er gute Chancen, die somatische Funktionsstörung als einen normalen Teil seines Selbst zu betrachten. Die chronische Krankheit ist nicht mit einem biographischen Bruch verbunden, sie ist gewissermaßen alternativlos in die biographische Entwicklung integriert (Detka 2007; Pfeffer 2010). Die chronische Erkrankung ist in diesen Fällen prägend für die Identitätsarbeit. Am Beispiel chronischer Krankheiten (Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus) zeigte Ohlbrecht (2006), wie die Dimensionen der jugendlichen Identitätsarbeit durch eine chronische Krankheit beeinflusst werden. „Dabei tritt die Krankheit nicht einfach als weitere Dimension hinzu, die zur Bewältigung aufruft, sondern die Krankheit zieht ihre Kreise in jedem einzelnen Feld der jugendlichen Identitätsarbeit. [...] Vielmehr ist es ein Kampf um Kohärenz und eine (noch offene) Zukunft.“ (Ohlbrecht 2005, S. 50f)

Das Konzept der Krankheitsverlaufskurve, im Englischen „illness trajectory“, das bereits in den 1960-er Jahren von Glaser und Strauss⁹³ begründet und im deutschsprachigen Raum durch

⁹³ Ihre Arbeiten gründeten auf den Krankheitserleidensprozessen, insbesondere von sterbenden Patientinnen und Patienten und der professionellen Arbeit von Krankenschwestern, Ärztinnen und Ärzten.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Schütze geprägt wurde, bildet bis heute – insbesondere im Rahmen biographieanalytischer Forschungsansätze – ein umfassendes grundagentheoretisches Konzept, das „die interaktiven und biographischen Entfaltungsmechanismen des Erleidens und seiner Veränderungswirkungen auf die Identität des oder der Betroffenen theoretisch-konzeptionell auszubuchstabieren erlaubt“ (Schütze 2006, S. 212). Die Verlaufskurve bezeichnet nicht nur den physiologischen Verlauf einer Krankheit, sondern die gesamte Organisation der Arbeit, die in diesem Verlauf anfällt, wie auch den Eingriff in das Leben der Menschen, die mit dieser Arbeit befasst sind. Der Krankheitsaspekt ist demnach nur ein Element dieser Verlaufskurve (Corbin und Strauss 2004). Der Umgang mit einer chronischen Erkrankung unterscheidet sich entsprechend der Verlaufskurvenphasen (Normalisierungsphasen, stabile Phasen, instabile Phasen, Abwärtsphasen), in denen unterschiedliche Arbeitstypen und -formen sowie eine variierende Arbeitsorganisation anfallen. Gleichzeitig vollziehen sich unterschiedliche biographische Prozesse. Diese beziehen sich in diesem Kontext auf die biographische Zeit, die Selbstkonzeption und den Körper. Das Verlaufskurvenkonzept ist mehrdimensional und dynamisch und lässt sich daher nicht durch eine verdichtete Definition beschreiben (ebd., S. 358). Es spiegelt den komplexen Charakter von chronischen Krankheiten wider und greift die vielfältigen Auswirkungen auf alle Akteure dieses Prozesses wie auch auf die personalen und kontextuellen Bedingungen des Verlaufs auf.

Dieses Verlaufskurvenkonzept verknüpft Schütze (2006) anhand zahlreicher empirischer Studien in elementarer Weise mit biographischen Handlungsschemata und beschreibt durch ‚Verlaufskurvenskripts‘ einzelne Stadien und Mechanismen der Entfaltung von Verlaufskurven (ebd., S. 215f).

Verlaufskurvenpotenzial (allmählicher Aufbau eines Bedingungsrahmens für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve): Das Potenzial dieser Phase liegt einerseits in der Komponente biographischer Verletzung und andererseits in den damit verbundenen Schwierigkeiten einer Lebens- und Alltagsgestaltung. Beide Komponenten wirken mit ‚Falltendenz‘ ineinander, d. h. es lassen sich in biographischen Erzählungen durchaus Vorzeichen für die drohende Verlaufskurve finden, die aber den Betroffenen in der Regel verborgen blieben.

Plötzliche Grenzüberschreitung des Verlaufskurvenpotenzials (Wirksamwerden des Verlaufskurvenpotentials): Die Betroffenen können ihren Lebensalltag nicht mehr aktiv-handlungsschematisch gestalten, sondern reagieren zunächst nur noch auf die übermächtige Verkettung äußerer Ereignisse. Schock und Desorientierung dominieren diese Phase.

Aufbaus eines labilen Gleichgewichts der Alltagsbewältigung: Sind die ersten Schockerfahrungen überwunden, wird versucht, ein neues Lebensarrangement aufzubauen. Dieses bleibt

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

aber labil, da das Verlaufskurvenpotenzial weiterhin wirksam ist und auf Grund der unwirksamen Handlungskompetenz nicht bearbeitet und unter Kontrolle gebracht werden kann.

„Trudeln“ (Entstabilisierung des labilen Gleichgewichts der Alltagsbewältigung): Die Betroffenen versuchen, ihr labiles Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Durch diese Anstrengungen überfokussieren sie sich auf diesen einen Aspekt und vernachlässigen andere Problemaspekte. Zusätzlich auftretende Belastungserlebnisse gefährden das labile Gleichgewicht, folglich erscheinen die Alltagsprobleme als nicht mehr beherrschbar. Weil die bzw. der Betroffene nicht mehr so handeln kann wie früher, wird sie bzw. er sich selbst fremd.

Zusammenbruch der Alltagsorganisation und der Selbstorientierung: Die Kompetenz zur Alltagsorganisation geht endgültig verloren und zugleich verlieren die Betroffenen das Vertrauen zu sich selbst und zu ihren Bezugspersonen.

Theoretische Verarbeitung des Orientierungszusammenbruchs und der Verlaufskurve: Die Betroffenen sind durch den Zusammenbruch der Alltagsorganisation und durch die Fremdheit sich selbst gegenüber gezwungen, ihre Lebenssituation radikal neu zu definieren. Dabei kann diese theoretische Verarbeitung mindestens zwei Seiten aufweisen: die Übernahme fremder Erklärungen oder diese Verarbeitung erfolgt authentisch, d. h. selbst geleitet von den Betroffenen.

Bearbeitung und Kontrolle der Verlaufskurve und/oder Befreiung: In dieser Phase lassen sich drei Haltungsformen unterscheiden: Flucht aus der verlaufskurvenförmigen Lebenssituation, systematische Organisation des Lebens mit der Verlaufskurve oder systematische Eliminierung des Verlaufskurvenpotentials.

Dieser Zugang zu den individuellen Verlaufskurven ermöglicht es, die unterschiedlichen Wirkmechanismen bereits im Verlaufskurvenpotenzial zu rekonstruieren und dabei z. B. auf kollektive Verlaufskurven (äußere Zwänge, organisatorische Kontrollen, kollektiv erfahrene gesellschaftliche Umbrüche) zu stoßen. Die bisherigen Ausführungen sollten verdeutlichen, in welcher Weise die eigene Biographie einen Rahmen der Krankheitsbewältigung darstellt. Über welche Potentiale an Handlungsmöglichkeiten Menschen in ihrer Lebensphase mit der chronischen Krankheit verfügen, kann zu einem Anteil auf der biographischen Entwicklung einer Person gründen. Diese „Knotenpunkte“ (Detka 2007, S. 5) innerhalb der Biographie, z. B. frühere Erkrankungen oder gute/schlechte Erfahrungen mit dem Medizinsystem können wichtige Ressourcen und einen zentralen Orientierungsrahmen für den Umgang mit der chronischen Erkrankung darstellen. Durch die mehrdimensionalen Auswirkungen einer chronischen Erkrankung gilt es „ein neues Lebensarrangement mit der chronischen Krankheit zu entwerfen, zu realisieren und aufrecht zu erhalten“ (ebd., S. 3). Dies stellt einen Prozess der Balancierung dar, der

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

sich in Abhängigkeit vom Verlauf der Erkrankung immer wieder vollzieht. Unterschieden wird zwischen krankheitszentrierten (Krankheit als Orientierungszentrum des Lebens; Gestaltung des Lebens um die Erkrankung herum) und biographiezentrierten (Krankheit als Teilaspekt des Lebens; Gestaltung des Lebens mit der Erkrankung) Arrangements. Lebensgeschichtliche Erfahrungen und biographische Sinnhorizonte prägen die Prozesse der Krankheitsverarbeitung und die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung (Hanses und Keil 2003). Krankheit scheint

„mit ihrem Einbruch in einen normalen Lebenskontext, dem Leiden, den Krisen, Gefährdungen und Chronifizierungen das Biographische geradezu herauszufordern. Krankheit muss von dem Betroffenen wie seinem sozialen Umfeld in irgendeiner Art und Weise aufgegriffen, ratifiziert, ausgehandelt, ignoriert oder verdrängt werden, führt notgedrungen zu einer „Biographiearbeit“. (Hanses 2010, S. 89)

Biographiearbeit im Zuge einer chronischen Erkrankung impliziert eine neue Dimensionierung in der Lebensgeschichte (Ohlbrecht und Bartel 2012, S. 31). Dies bedeutet, dass die Chronizität einer Krankheit nicht nur zum Wandel auffordert, sondern der Lebensgeschichte eine neue, andauernde Facette hinzufügt. Durch die chronische Krankheit werden Zukunftshorizonte und Lebenszeitstrukturen unterbrochen und beschädigt (Fischer 1986), wobei die Auswirkungen auf die einzelnen lebenszeitlichen Stränge vom Zeitpunkt der Krise abhängen. Fischer beschreibt zwei zentrale Reparaturstrategien der durchbrochenen Alltags- und Lebenszeitstruktur:

- Verschiebung der zentralen Lebensperspektive: Schrumpfung der Lebenszeit auf die Gegenwart und Verabschiedung von der Zukunft; die Lebenszeit wird von der Zukunftsdimension befreit
- Technik des Einklammers: der Einklammerung der Symptomentwicklung oder des eigenen Todes, um zu leben und planen, als ob man für immer leben würde (ebd., S. 168)

Die Reparatur einer bruchhaften Erwerbsbiographie entfaltet sich in unterschiedlichen Formen der beruflichen Neuorientierung, wie in der Studie von Beatty (2012) dargelegt wird. Die Forscherin befragte mittels Interviews 26 Erwerbstätige im Angestelltenverhältnis (Vollzeit- und Teilzeit) über den Einfluss einer chronischen Erkrankung – hier Epilepsie oder Multiple Sklerose – auf die Karrierewege der Betroffenen. Sie beschreibt vier unterschiedliche Wege: Konstanz (Plateauing), Umleitung (redirecting), Rückzug (retreating) und Aufnahme einer beruflichen Selbstständigkeit. „A portion of participants noted they had reprioritized their views of career success to focus more on personal goals.“ (ebd., S. 95) Die berufliche Wegeplanung vollzieht sich in diesen Fällen vor dem Hintergrund jahrelanger schubhafter und z. T. progredienter Verläufe. Für Bypass-Patienten nach einer Operation beginnt die Neuorientierung nach dem

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

operativen Eingriff, wie Borgetto (1999) in seiner Untersuchung zeigen konnte⁹⁴. In dieser Studie, die eine der wenigen qualitativen Verlaufsstudien ist, die sich mit der Berufsbiographie und chronischer Krankheit befasst, markiert die Operation einen „biographischen Wendepunkt“ (ebd., S. 11). Der Fokus dieser Untersuchung lag u. a. auf der Handlungsrationaltät der Betroffenen, d. h. welche Bezugspunkte bei der Entscheidung zur Fortsetzung des Erwerbslebens oder zum Ausstieg aus dem Erwerbsleben eine Rolle spielten. Borgetto identifizierte drei Formen rationalen berufsbiographischen Handelns: die Fortsetzung des Erwerbslebens, der Ausstieg aus dem Erwerbsleben und das Abwarten. In der Gegenüberstellung prä- und postoperativer Pläne wurde deutlich, dass die jeweiligen Handlungsentwürfe reflexiv und rational entwickelt und erfolgreich realisiert werden konnten. Diese Entwürfe wurden durch Handlungsziele wirksam, den sogenannten „Um-Zu-Motiven“ (ebd., S. 168), die in Tabelle 4 abgebildet sind.

Tabelle 4: Handlungsentwürfe und Handlungsziele von Patienten nach koronarer Bypassoperation (nach: Borgetto 1999)

	Fortsetzung des Erwerbslebens	Ausstieg aus dem Erwerbsleben	Abwarten
Facetten der Handlungsentwürfe	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz bzw. zum bisherigen Arbeitgeber • Kein Betriebswechsel in Erwägung gezogen • Planung von Veränderungen der Tätigkeit in Bezug auf Arbeitsumfang und Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgezogener Ruhestand • Planung des Alltags im Ruhestand, z. B. Nebentätigkeit, Hobbies 	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung über berufliche Zukunft wird Ärztinnen und Ärzten überlassen
Handlungsziele „Um-Zu-Motive“	<ul style="list-style-type: none"> • Sinnvolle und befriedigende Tätigkeit weiter ausüben • Vermeidung von Frühberentung • Absicherung des Lebensstandards • Gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkommen (zu jung, um in Frührente zu gehen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Befreiung von Erwerbstätigkeit und sinnvolle Gestaltung des privaten Alltags • Erhalt und Besserung der verbliebenen Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinnen von Klarheit über weitere Entwicklungen • Lohnfortzahlungen der Krankenkasse höher als die erwartbare EM-Rente

Für die Rückkehr in das Erwerbsleben ermittelte er förderliche Faktoren, wie die Möglichkeit zur selbstständigen und flexiblen Anpassung der Arbeitsanforderungen an das eigene Leistungsvermögen, die Unterstützung im Kollegium sowie die Chance, einen innerbetrieblichen Tätigkeitswechsel vorzunehmen. Als erschwerend für die Rückkehr in das Erwerbsleben erwies es

⁹⁴ In diesem Forschungsprojekt wurden 30 Patientinnen und Patienten, denen ein aortokoronarer Venen-Bypass gelegt wurde, zu drei Zeitpunkten mittels Interview befragt: einen Monat präoperativ, drei Monate und 18 Monate postoperativ.

sich, wenn diese Möglichkeiten nicht gegeben waren, wenn ein unzureichender gesundheitlicher Status vorlag, familiäre Probleme bestanden, aber auch eine unzureichende ärztliche Beratung zu beobachten war. Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Art der Erkrankung typischerweise tendenziell positive Verlaufskurven aufweist und eher Handlungsspielräume verändert als schließt, wie dies bei anderen chronischen Erkrankungen, wie z. B. einer progredienten Multiplen Sklerose der Fall sein kann.

Die vorangegangenen Ausführungen zum mehrdimensionalen Charakter von Gesundheit und Krankheit, insbesondere im Hinblick auf die subjektiven Theorien und auf die biographischen Arbeitsprozesse, die eine chronische Krankheit auslösen, sollten die besonderen Herausforderungen in das Blickfeld rücken, mit denen die Zielgruppe dieser Untersuchung konfrontiert ist. Gesundheitsbedingte berufsbiographische Brüche müssen in zweifacher Hinsicht entschlüsselt, bearbeitet und repariert werden. Das Leben zu einem Ganzen zusammensetzen (vgl. Corbin und Strauss 2004) bedeutet, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen.

2.4 Fazit und Forschungsimpulse

Ziel der Ausführungen in den vorangegangenen Kapiteln war es, die einzelnen Forschungsbefunde dieser Untersuchung darzustellen. Zunächst erschien es als bedeutsam, sich im Kontext gesundheitsbedingter erwerbsbiographischer Brüche, ein grundlegendes Verständnis über die Bedeutung von Erwerbsarbeit zu schaffen. Zusammenfassend gilt, dass Erwerbsarbeit gesundheitsfördernd und sinnstiftend sein kann und eine „Wirkung, sowohl für die Stellung des Einzelnen in der Gesellschaft als auch für seine Identitätsentwicklung erhält“ (Kardorff und Ohlbrecht 2006, S. 27). Eine weitere zielführende Erkenntnisgrundlage bot die Auseinandersetzung mit dem Wandel der Erwerbsgesellschaft mit Fokus auf die damit in Verbindung stehenden veränderten Beschäftigungsformen, Arbeitsbedingungen und Anforderungen an Beschäftigte, wie z. B. Flexibilisierung, Mobilität und Belastungsfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist es wichtig festzuhalten, dass diese Anforderungen ein hohes Belastungspotenzial für die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufweisen und zugleich arbeitsmarktspezifische Zugangsbarrieren z. B. für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere für psychisch erkrankte Personen, darstellen können, da sie die Anforderungen des Arbeitsmarktes bzw. bestimmter Tätigkeiten nicht erfüllen können.

Die Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Biographie- und Lebenslaufforschung lieferte zahlreiche methodische Ansatzpunkte, um die Deutung der erlebten Brüche und die Gestaltung des weiteren Erwerbsverlaufs aus dem Blickwinkel des Biographiekonzepts zu betrachten,

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

d. h. zu verstehen, dass Bewertungen und Entscheidungen innerhalb eines individuellen Sinnzusammenhangs vollzogen werden. Dieser Zugang ermöglicht zudem, Brüche in ein Verhältnis mit der umgebenen Sozialwelt und den individuellen Erfahrungs- und Handlungsspielräumen zu setzen. Dahinter steht das Konzept, dass biographische Verläufe einerseits durch (veränderte) Sozialwelten geformt werden und damit objektive Strukturen aufweisen. Andererseits unterliegen biographische Verläufe subjektiver Verarbeitung und Formung durch die Erzeugung neuer Strukturen, wenn Erfahrungs- und Handlungsspielräume individuell ausgelegt werden. Insbesondere gilt dies für die sich stetig vollziehenden gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse und den damit in Verbindung stehenden ausgeweiteten biographischen Handlungshorizonten.

„Damit hat sich auch der Entscheidungs- und insbesondere der Begründungszwang für die Vernünftigkeit von getroffenen Entscheidungen erhöht. Die biographischen Konzepte, die der einzelne im Laufe seines Lebens realisieren kann, haben sich derartig vervielfältigt, daß selbst in grundlegenden Bereichen permanent eine Wahl getroffen werden muß. Elementare Fragen der sozialen Lebenspraxis sind immer weniger institutionell zwingend geregelt und werden somit immer weniger selbstverständlich im Lebensvollzug „gelöst“, sondern sind durch entscheidungsfähige und entscheidungsnotwendige Handlungsalternativen gekennzeichnet.“ (Fischer und Kohli 1987, S. 40).

Die Biographie dient damit als Orientierungsmuster für Entscheidungsprozesse und bildet gleichzeitig gesellschaftliche Strukturen ab. Im Hinblick auf das etablierte Modell des Lebenslaufes war es wichtig aufzuzeigen, dass seine Ausrichtung an den Institutionen des Bildungs-, Erwerbs- und Rentensystems normative Erfolgskriterien impliziert und ihm eine moralische Bedeutung hinzufügt, nach denen Brüche im Lebenslauf vom Individuum als auch von der Gesellschaft als Abweichungen definiert werden können. „Sie [die moralische Bedeutung, S. B.] schafft einen Maßstab für das richtig gelebte (Erwerbs-) Leben, aber damit auch für das falsche.“ (Kohli 2003: 528) Zwar befindet sich der Lebenslauf in einem De-standardisierungsprozess und De-Institutionalisierungsprozess, aber in der aktuellen Forschungslandschaft, die sich mit Erwerbsverläufen auseinandersetzt, wird Bezug auf die Orientierung an der Normalerwerbsbiographie genommen. Diese Ergebnisse lassen sich als weiterhin bestehende Facette institutionalisierter Lebensläufe im Bereich der Erwerbstätigkeit interpretieren. In diesem Zusammenhang muss als Fazit des Forschungsstands zu diesem Themenfeld hervorgehoben werden, dass es nicht zielführend ist, erwerbsbiographische Brüche generell als negativ für eine Gruppe von Menschen oder einzelne Individuen zu bewerten. Ein tiefgehendes Verständnis für die Bedeutung dieses Phänomens ist nur möglich, wenn neben strukturellen und generalisierten Aussagen auch dessen individuelle Sinnzuschreibungen Berücksichtigung finden. Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf können sowohl negative Zuschreibungen als auch positive Zuschreibungen erfahren, abhängig von der Lebensphase, vom Bildungshintergrund, von Erfahrungen, Lebensentwürfen und Ressourcen der Person.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Im zweiten Teil wurde das Themenfeld der Erwerbsarbeit überführt in den Kontext der Arbeitswelt und dabei gezielt auf die gesundheitlichen Risikofaktoren geblickt. Zum Einstieg erschien es notwendig, eine Verständigung über die Begriffe Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit herzustellen, denn dadurch wurde deutlich, dass eine starke und dynamische Beziehung zwischen den individuellen Voraussetzungen, den Anforderungen der Tätigkeiten und der Arbeitswelt besteht. Besonders zielführend für den Kontext dieser Arbeit erscheint in diesem Zusammenhang die Definition der Beschäftigungsfähigkeit nach Guilbert, Bernaud et al. (2016), denn sie beschreibt ganzheitlich ein Beziehungsgeflecht zwischen politischen Richtlinien, Organisationsstrategien, individuellen Charakteristiken sowie den sozialen, ökonomischen, kulturellen und technischen Rahmenbedingungen, das die Chance zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit und den Verbleib in Erwerbsarbeit determiniert. Zugleich ermöglicht diese mehrdimensionale Modellierung von Beschäftigungsfähigkeit die Übertragung auf praxisnahe Handlungsfelder im Kontext des BGM oder RTW, einschließlich kurativer und rehabilitativer Interventionen.

In Ergänzung zum Modell der Beschäftigungsfähigkeit wurde das arbeitspsychologische Stressmodell herangezogen, um vertiefend die Wirkmechanismen zwischen Stressoren, Risikofaktoren und Stressfolgen abzubilden und zugleich die Rolle der Ressourcen sowie Aspekte der individuellen Bewertungen und Bewältigung zu beleuchten. Letzterer Aspekt ist von besonderer Bedeutung, denn er betont, dass die Entstehung von Stress und dessen Transformation in körperliche oder psychische Belastungen zu einem entscheidenden Anteil von Personenmerkmalen wie den Bewertungs- und Bewältigungsprozessen abhängt. Der Einbezug der Ressourcen in diesem Modell schärft den Blick für unterschiedliche Ressourcen-Ebenen wie den Arbeitskontext (z. B. Handlungsspielraum), das soziale Umfeld (z. B. soziale Unterstützung im Kollegium und in der Familie) und personenbezogene Faktoren (z. B. Kompetenzen).

Anknüpfend an die bereits angedeuteten Risiken der Arbeitswelt im Zuge des Wandels von Erwerbsarbeit wurde im weiteren Verlauf gezielt auf die bereits gut erforschten Risikofaktoren für die psychische und körperliche Gesundheit eingegangen. Psychische Erkrankungen (mit stetig zunehmender Anzahl) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems erwiesen sich anhand unterschiedlicher Datenlagen als häufigste Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten sowie als häufigste Anlässe für medizinische und berufliche Rehabilitation in Deutschland. Eine hohe Arbeitsintensität oder ein geringer Handlungsspielraum sind Beispiele für typische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit, aber auch Arbeitsplatzunsicherheit und das Führungsverhalten der Vorgesetzten können sich negativ auf die subjektive Gesundheit auswirken. Gleichzeitig berichten Führungskräfte in höherem Maße von einer Stresszunahme. Führt man diese Faktoren mit dem arbeitspsychologischen Stressmodell zusammen, bestätigt

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

sich das Theoriemodell durch die Arbeitsrealität und erscheint in dieser Studie als ein geeignetes Instrument, um flankierend die ermittelten Stressoren in der Arbeitswelt einzuordnen.

Im Vergleich zu den Risikofaktoren, die sich negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken, weisen die psychischen Risikofaktoren eine hohe Komplexität auf und können nur begrenzt in direkte Kausalzusammenhänge gebracht werden. Anders ist es bei Gefährdungen für die körperliche Gesundheit. So erschließt sich schnell, dass Tätigkeiten mit begrenzter Ausführungsdauer charakterisiert sind durch z. B. schwere körperliche Arbeiten und Zwangshaltungen, die sich in der Realität nur zu einem gewissen Maße durch Arbeitsschutzmaßnahmen und Hilfsmittel kompensieren lassen.

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der demographischen Entwicklung in Deutschland, der zufolge der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil Jüngerer steigt, immer mehr ältere Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgehen und bereits in einigen Branchen Nachwuchsmangel zu verzeichnen ist, gewinnen BGM- und Präventionsmaßnahmen an Bedeutung für die Beschäftigten, die Unternehmen und die Sozialversicherungsträger, die letztlich das finanzielle Risiko von Arbeitsausfällen, Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrenten zu tragen haben. Daher sind es insbesondere sozialpolitische Impulse, unter denen in letzter Zeit verstärkt Initiativen und Projekte gefördert wurden, um Handlungshilfen für Unternehmen zu entwickeln, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu sensibilisieren, und die das Ziel haben, alle Facetten von BGM (Prozesse, Maßnahmen, Führung etc.) in Unternehmenskulturen zu verankern. Der gesetzliche Rahmen sowie die Vielfalt der Angebote für Unternehmen und Beschäftigte geben allerdings keinen Aufschluss über deren Qualität, Implementierung bzw. Inanspruchnahme. Dies zeigen auch Zahlen zur eher geringen Inanspruchnahme von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Beschäftigten.

Auf der anderen Seite zum oben genannten ‚Stay at Work‘, also dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, stehen Return to Work-Prozesse, die in der Forschungs-, Versorgungs- und Unternehmenspraxis gegenwärtig vermehrt Aufmerksamkeit erfahren. Für Deutschland sind es die medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen, das betriebliche Eingliederungsmanagement oder die stufenweise Wiedereingliederung, die zentrale Bausteine für die dauerhafte Rückkehr in das Erwerbsleben und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit darstellen und mit zunehmender Tendenz in Anspruch genommen werden bzw. seitens der Rehabilitationsträger bewilligt (aktuell noch mit Ausnahme der BA) werden.

RTW ist kein einheitlich beschreibbares Konzept oder Modell und demnach nur schwer messbar. Vielmehr bezeichnet es sowohl den Endpunkt einer langen Prozesskette der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt als auch deren Strukturen, Prozesse und Determinanten. Es gibt eine

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Vielzahl an nachgewiesenen Faktoren, die eine Rückkehr in Arbeit positiv bzw. negativ beeinflussen; auch lassen sich fördernde Rahmenbedingungen von Interventionen beschreiben. Doch weiterhin besteht die Herausforderung, geeignete und theoriebasierte Forschungsdesigns zu entwickeln, die der Komplexität von den unterschiedlichen Kontexten und möglichen Einflussfaktoren sowie den individuellen Verläufen (auch aus zeitlicher Perspektive) gerecht werden.

Aus der Zusammenschau betrachtet, besteht in Deutschland noch immer ein erschwerter Zugang zum Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen. Dies machen entsprechende Statistiken besonders greifbar, aus denen z. B. die noch immer hohe Arbeitslosenquote von Behinderten im Vergleich zu Nicht-Behinderten hervorgeht und aus denen die große Anzahl von Unternehmen in Deutschland ablesbar ist, die keine Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung beschäftigen. Positiv ist, dass die Erwerbstätigenquote dieses Personenkreises stetig zunimmt und zahlreiche Initiativen gestartet wurden, Best Practice-Beispiele gelungener Inklusion zu verbreiten und Unternehmen aktiv über Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. Insgesamt scheinen grundlegende Informationsdefizite, aber auch nicht angelegte Strukturen oder Beratungsdefizite als Teilhabebbarrieren zu wirken. Im Hinblick auf die Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz nach einer längeren Krankheitsphase spielen das gegenseitige Vertrauen, sowie der Wille der Beschäftigten und der Arbeitgeber eine entscheidende Rolle für eine gelungene Wiedereingliederung.

Für diese Arbeit stellen die Erkenntnisse eine wesentliche Rahmenbedingung dar, unter der sich sowohl Ausstiegs- als auch Rückkehrprozesse vollziehen. Es zeigt sich daran ein allgemeines Klima des Arbeitsmarktes, der sich Menschen mit Behinderung und Krankheit noch immer verschließt, sich aber diese Zielgruppe zunehmend als Arbeitskräfte erschließt.

In unterschiedlichen Zusammenhängen der vorangegangenen Ausführungen z. B. über erwerbsbiographische Brüche oder RTW wurden personale Faktoren immer wieder als wichtige Einflussgrößen auf diese Prozesse benannt und die hohe Bedeutsamkeit subjektiver Sinnzuschreibungen auf die Bewertung, Verortung und Gestaltung dieser Situationen und Verläufe beleuchtet. Das abschließende Kapitel zum Leben mit bedingter Gesundheit (Kardorff 2012) und den Bewältigungsprozessen chronischer Krankheit betrachtete die Phänomene Gesundheit und Krankheit erneut unter subjektiven Gesichtspunkten. Als ein wichtiges Ergebnis ist festzuhalten, dass beide Zustände nur begrenzt objektiv zu beschreiben sind. Weiterhin konnte anhand unterschiedlicher Modelle und Konzeptionen gezeigt werden, dass die Menschen sich während ihres gesamten Lebens zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit bewegen. Dabei unterliegen das Krankheitserleben und Gesundheitshandeln im Alltag subjektiven Bezügen, die in der Gesundheitsforschung unter subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit beschrieben

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

sind. Sozialisationserfahrungen und individuelle Lebenserfahrungen prägen die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, deren Stellung im eigenen Leben sowie Handlungs- und Bewältigungskompetenzen in diesem Zusammenhang.

Weiterführend konnte gezeigt werden, dass hinter diesen Theorien Überzeugungen darüber stehen, welche positiven oder negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit möglich sind und wie diese zusammenwirken. Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit bergen immer auch multifaktorielle Ursachenzuschreibungen für die eigene Erkrankung. An dieser Stelle ist herauszustellen, dass Gesundheitskonzepte von Frauen tendenziell differenzierter und unter Einbezug der psychischen Dimensionen geformt sind, während bei Männern eher die Dimension der Leistungsfähigkeit betont wird.

Ziel dieser Ausführungen war es zu verdeutlichen, dass Alltagsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit eine wichtige Bedeutung für die Erklärung des aktuellen Gesundheitsverhaltens und den Umgang mit Krankheit haben wie auch auf die Planung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen einen bedeutsamen Einfluss ausüben können.

Als weiterer Aspekt wurde der Umgang mit der Erkrankung herausgegriffen und Bewältigung chronischer Erkrankungen näher beleuchtet, denn im Zentrum dieser Studie stehen Menschen, die sowohl ihre Erkrankung als auch ihre beruflichen Veränderungen bewältigen müssen. Bewältigung wird hier verstanden als ein Pendeln zwischen Verstehen, Akzeptanz und Ablehnung, und ist geprägt durch die unterschiedlichen Verlaufsphasen der Erkrankung. Damit gewinnt die Unsicherheit als ein grundlegendes Strukturmoment von Krankheitskarrieren an doppelter Bedeutung, denn sowohl der Krankheitsverlauf als auch der berufliche Verlauf sind ungewiss.

Das Verlaufskurvenmodell stellt einen wichtigen Bezugsrahmen der fortlaufenden individuellen Bewältigungsarbeit dar. Es sollte anhand dieser Themenbereiche deutlich werden, dass unterschiedliche Arbeitsformen auf Ebene der Krankheit, Biographie und Alltag durch die Betroffenen, deren Angehörige und durch professionelle Akteure geleistet werden. Dieses Wissen ist umso bedeutender, als dass chronisch kranke Patientinnen und Patienten den größten Anteil bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wie auch in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen einnehmen. Hinzu kommen die Akteure in der Arbeitswelt, die im Verlaufsphasenmodell bisher nur am Rande Berücksichtigung fanden. In diesem Zusammenhang wurden Erkenntnisse herangezogen die belegen, dass die Bewältigung einer chronischen Erkrankung sowie Belastungen im Erwerbskontext maßgeblich davon abhängen, auf welche Ressourcen die Betroffenen zurückgreifen und welche sie aktivieren können.

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Ausgehend von diesem Fazit zum Forschungsfeld und Forschungsstand können nachstehende Forschungsimpulse abgeleitet werden, die einerseits auf Forschungslücken verweisen und durch die Verknüpfung der Bereiche Erwerbsarbeit, Gesundheitsrisiken in der Erwerbsarbeit und Bewältigung von Erkrankungen neue Fragen aufwerfen.

Risiken in der Erwerbsarbeit: Individuelle Einflussfaktoren, Unternehmenskultur und deren Wechselwirkung

Führt man die Erkenntnisse zum Themenspektrum ‚Bedeutung von Erwerbsarbeit und Gesundheitsrisiken in der Erwerbsarbeit‘ zusammen, stößt man auf ein Paradox. Einerseits hat Erwerbsarbeit – unter bestimmten Bedingungen – eine salutogenetische Wirkung. Andererseits birgt Erwerbsarbeit – auch hier unter bestimmten Bedingungen – Risiken für die Gesundheit. Die positiven und negativen Wirkfaktoren von Erwerbsarbeit auf den Menschen lassen sich u. a. anhand von epidemiologischen Daten bereits gut abbilden. Die Konzepte von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, das arbeitspsychologische Stressmodell sowie das RTW-Modell bilden die Grundlage, um die mehrdimensionalen Einflussgrößen in der Arbeitswelt in Bezug auf Ausstiegs-, Neuorientierungs- und Rückkehrprozesse zu verorten und um handlungsorientierte Ansätze abzuleiten. Doch Forschung, die sich dem komplexen Bedingungsgefüge gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse widmet, ist rar. Noch weniger ist darüber bekannt, welchen Einfluss individuelle Einstellungen zur Arbeit (z. B. Arbeitsethos) oder subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit auf dieses Wechselspiel ausüben.

Es liegen inzwischen konkrete Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vor, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen. Diese kommen insbesondere in KMU nur einzelfallbezogen zum Einsatz bzw. werden insgesamt nur begrenzt durch die Beschäftigten in Anspruch genommen. Ersteres wird begründet mit den fehlenden Strukturen und Ressourcen in KMU, um BGM systematisch und umfassend zu etablieren. In Ansätzen erschließt sich aber bereits, dass auch ein fehlendes Verständnis für deren langfristigen Nutzen seitens der Führungskräfte vorherrscht und traditionelle Modelle des Arbeitsschutzes als ausreichend empfunden werden. Durchgeführte BGM-Maßnahmen sind vom Verständnis her geleitet, dass die Beschäftigten geschützt werden müssen (pathogenetisches Verständnis). BGM wird nicht als ein ganzheitliches Modell begriffen, das auf die Vermeidung von Belastungen und Prävention abzielt und dabei den Menschen als autonom handelndes Subjekt versteht (salutogenetisches Verständnis) (vgl. Ulich und Wülser 2015).

Warum hingegen die Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung seitens der Beschäftigten erfolgt bzw. nicht erfolgt, ist noch nicht ausreichend erforscht. Erschlossen wird die Frage nach etablierten, intendierten und genutzten BGM-Angeboten in der

Regel über die Befragung der Führungskräfte. Dies ist zu kritisieren, denn über diesen Zugang erhält man keine Antworten aus Sicht der Beschäftigten. Vor dem Hintergrund des Wissensstandes zur Bedeutung von subjektiven Gesundheitskonzepten ist jedoch unklar, in welcher Weise diese in der Konzeption, Entwicklung und Implementierung von BGM-Maßnahmen einbezogen werden⁹⁵. Es fehlt zudem an Forschungsergebnissen, die Aufschluss über die dynamische Wechselwirkung zwischen individuellen Einflussfaktoren und betrieblichen Kontextfaktoren geben und dabei analysieren, welche Gesundheits- und Krankheitskulturen in Unternehmen eigentlich vorherrschen. Diese Kultur erzeugt ein latentes Arbeitsklima, das – so lässt sich vermuten – dazu beiträgt, Präsentismus zu fördern. Welche Rolle dabei individuelle Einstellungen (z. B. ein hohes Arbeitsethos) oder Arbeitsbedingungen (z. B. Angst vor Arbeitsplatzverlust) dabei spielen ist ebenfalls nicht belegt.

Gesundheitsbedingte Brüche im Erwerbsverlauf: Erleben, Deutungen und Bewältigung

Eine zentrale Entwicklungslinie, die den Wandel von Erwerbsarbeit in besonderem Maße charakterisiert, sind Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf. Dessen Bewertung und der Umgang damit sind u. a. abhängig von individuellen biographischen Entwürfen, Erfahrungen und Ressourcen. Diskontinuitäten im Erwerbsverlauf können Risiken bergen, indem sie Unsicherheiten auslösen und damit die Lebensqualität und Gesundheit der Beschäftigten negativ beeinflussen. Sie können aber auch Chancen darstellen, wenn dadurch neue biographische Entwicklungs- und Gestaltungsräume entstehen und diese für sich erschlossen werden.

Auffallend ist, dass die Forschungsfelder sich in diesem Bereich nur am Rande mit gesundheitsbedingten erwerbsbiographischen Brüchen befassen. Eine der wenigen Studien zu diesem spezifischen Thema ist von Borgetto aus dem Jahr 1999. Er liefert mit seiner Arbeit wichtige Erkenntnisse über berufsbiographische Handlungsentwürfe und deren Ziele, klammert dabei aber das Krankheitserleben, Krankheitsbewältigungsprozesse und deren Wechselwirkung mit diesen Handlungsentwürfen aus. Auch spielen biographische Determinanten wie die Einstellung zur Arbeit, familiäre Prägungen oder Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der Datenerhebung und Interpretation nur eine marginale Rolle. Krankheitsbewältigung und erwerbsbiographische Verläufe sind bisher vorrangig als zwei wenig aufeinander bezogene Forschungsdisziplinen verankert. Dieser spezifische gemeinsame Erfahrungsraum und deren Verlauf ist kaum erforscht, z. B. im Hinblick darauf,

⁹⁵ Wie partizipatorische Ansätze in der Entwicklung von BGM Anwendung finden können, zeigen Pangert, Dunkel et al. (2011) oder Schüpbach (2012, im Erscheinen).

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

- wie sich der Ausstiegsprozess aus dem Erwerbsleben anbahnt und vollzieht,
- welche Rolle die Erkrankung bei der beruflichen Neuorientierung einnimmt und
- welche Wirkung wiederum die berufliche Neuorientierung auf den Verlauf der Erkrankung nimmt.

Diese Forschungslücke ist umso verwunderlicher, da eine chronifizierte Erkrankung die Betroffenen mit anhaltenden drohenden Destabilisierungssituationen konfrontieren kann. Zwar liegen bereits fundierte Erkenntnisse vor, wie sich Bewältigungsprozesse vollziehen, doch nur wenig ist darüber bekannt, unter welchen Bedingungen diese biographische Integrationsarbeit stattfindet (Troschke 2003). Zu erforschen gilt insbesondere, durch welche Phasen, Merkmale und Mechanismen die Bewältigung der doppelten Brüchigkeit der Biographie, d. h. die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation gekennzeichnet ist.

Ein interessanter Anknüpfungspunkt für noch ausstehende Forschung zu der Frage, wie gesundheitsbedingte erwerbsbiographische Brüche erlebt, gedeutet und bewältigt werden, bieten die Erkenntnisse aus der Biographie- und Lebenslaufforschung mit dem Ansatz einer Normalerwerbsbiographie. Interessant wäre es zu erfahren, in welchem Verhältnis die ausgelösten biographischen Gestaltungsprozesse mit den Konzepten eines ‚normalen‘ Lebenslaufes stehen, oder ob und wie Normalitätsvorstellungen situativ umgedeutet werden (vgl. Gefken, Stockem et al. 2015) und welche Rolle dabei das Geschlecht, das Alter sowie die einzelnen Institutionen z. B. aus den Sektoren des Rehabilitationssystems spielen.

Neuorientierung und RTW: biographische und kontextuale Rahmenbedingungen

Der bereits mehrfach angebrachte biographische und lebensweltliche Bezug der Ausstiegs-, Neuorientierungs- und Rückkehrprozesse stellt ein besonders interessantes und noch wenig untersuchtes Forschungsfeld dar. Es gibt nur wenige Studien, die unter biographischer Perspektive dieses Feld erschließen. Eine dieser Arbeiten betrachtet die berufliche Rehabilitation unter dem Aspekt der Lebensgeschichte und stammt von Vonderach, Herrmann et al. (1996). In dieser empirischen Untersuchung in zwei Berufsförderungswerken wurden anhand problemzentrierter, narrativ angelegter Interviews mit 30 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 2-jährigen Umschulungsmaßnahmen Unterschiede in der lebensgeschichtlichen Bedeutsamkeit der beruflichen Neuausbildung für die Betroffenen aufgezeigt, und zugleich wurde dargestellt, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Vielzahl unterschiedlicher Zielorientierungsmuster in ihrer berufsbiographischen Zukunftsperspektive aufwiesen.

„So „entsprach“ nur eine Minderheit der interviewten Rehabilitanden dem sozialpolitischen Leitbild der beruflichen Rehabilitation in Berufsförderungswerken, nämlich der Zielorientierung einer

2 Forschungsfeld und Forschungsstand

Wiederherstellung, und, wenn möglich, zugleich Verbesserung der berufs- und erwerbsbiographischen Normalität und Kontinuität, die durch eine vorhandene oder drohende Behinderung abgebrochen war.“ (Vonderach 1997, S. 381)

Für den Großteil der Befragten war die chronische Erkrankung oder Behinderung nur der Anlass oder diente als Anspruchsgrundlage für eine berufliche Neuorientierung. Der berufsbiographische Neubeginn gründete eher auf einer bisher unbefriedigenden Berufsentwicklung oder lebensgeschichtlichen Fehlentwicklung. Die eigentliche Erkrankung spielte für diese Gruppe nur eine untergeordnete Rolle. Auch Watzke (2010) kam in ihrer Untersuchung⁹⁶ zu dem Ergebnis, dass neben dem Auftreten einer Krankheit auch eine Fehlplatzierung oder Diskontinuität im bisherigen Berufsverlauf als Gründe für eine berufliche Neuorientierung genannt wurden. Insgesamt stellte für alle Rehabilitandinnen die Teilnahme an ihrer Umschulungsmaßnahme eine neue Chance dar, um in das Berufsleben (neu) einsteigen zu können.

Diese Erkenntnisse können bereits im Moment der Weichenstellung, nämlich während der Phase der Berufsfindung und des Zuweisungsprozesses, insbesondere für die beratende Instanz der Reha-Fachberatung der Rehabilitationsträger oder Rehabilitationsmediziner bedeutsam sein. Zum Beispiel können biographische Beratungsansätze im Prozess der beruflichen Neuorientierung wichtige Entscheidungsimpulse bieten. Vor diesem Hintergrund haben Dern und Hanses (2001) für die Alltagspraxis beruflicher Rehabilitation, insbesondere für die Phase der Berufsfindung, die Methode der biographischen Diagnostik konzeptualisiert. Dieses Modell eines biographischen, hermeneutischen Fallverstehens erzeugt einen Zugang zu biographischen Ressourcen und Sinnhorizonten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und berücksichtigt die Relevanz der Biographieorientierung während der Berufsfindung. Eine Anwendung des Ansatzes eines lebensgeschichtlichen Fallverstehens im Kontext der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, wie es z. B. in der Pflegedisziplinen geschieht⁹⁷, steht meines Erachtens aber weiterhin aus.

Im europäischen Projekt „INVITE“ (Initiate New Ways of Biographical Counseling in Rehabilitative Vocational Training, 2003-2007)⁹⁸ wurde ein Curriculum für die Weiterbildung in biographieanalytischer Beratung für professionelle Akteure aus den Bereichen Ausbildung, Sozialpädagogik und Psychologie in der rehabilitativen Berufsbildung entwickelt. Bislang hat es leider

⁹⁶ Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit beruhen auf einer Datenbasis von sechs Interviews mit Frauen mit einer Behinderung, in einer beruflichen Umschulungsmaßnahme im Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) Wien,

⁹⁷ Exemplarisch hierfür Richter (2015) oder das Themenheft ‚ipp Info‘ „Biografieorientierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit (http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no3.pdf, abgerufen am 31.07.2016)

⁹⁸ <http://www.zsm.ovgu.de/Das+Zentrum/Forschungsprojekt+INVITE.html> (abgerufen am: 31.07.2016)

kaum Einsatz in der Praxis gefunden, bietet aber mit dem vielfältigen Spektrum an Modulen einen Eindruck der erforderlichen Werkzeuge in der Beratungspraxis wie bspw. Fallanalyse, Konversationsanalyse, Kenntnisse von Beratungsinteraktionsverläufen und biographischen Prozessen sowie das Verständnis der eigenen Rolle in der Beratungssituation.

Daher besteht für die vorliegende Arbeit ein wesentlicher Forschungsimpuls in der Verknüpfung biographischer Bedeutungshorizonte mit weiteren persönlichen und kontextualen Faktoren, wie sie in den Modellen der Beschäftigungsfähigkeit und zum RTW in ihrer Komplexität abgebildet sind.

Qualitative Forschungsansätze: Vertiefung kritischer Verläufe und Bewältigungsprozesse

An dieser Stelle kann als letzter Aspekt zu den Forschungsimpulsen übergreifend festgehalten werden, dass es Studien mit qualitativen Zugängen waren, die u. a. vertiefende Erkenntnisse zu den aufgedeckten Strukturen und Verläufen in der Erwerbsbiographie lieferten, Dynamiken zwischen den identifizierten Risikofaktoren in der Erwerbsarbeit beschrieben und Grundlage für die Beschreibung subjektiver Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie von Bewältigungsprozessen von Erkrankungen waren. Folglich ist ein qualitativer Forschungsansatz für diese Studie der geeignetste Weg,

- um die Bedingungen für gesundheitsbedingte erwerbsbiographische Brüche in ihrer Komplexität und Dynamik herauszuarbeiten,
- deren Wirkung, Deutung und Bewältigung aus individueller Sicht zu verstehen und
- Prozesse und Verläufe dieser Ereignisse zu beschreiben.

3 Ziele, Fragen und methodischer Zugang

In diesem Kapitel werde ich die Ziele und Fragestellungen dieser Studie spezifizieren, die sich auf Basis der dargestellten Forschungsbezüge und Forschungslücken herausarbeiten ließen. Den in dieser Form definierte Forschungsgegenstand wird über den qualitativen Forschungsstil der Grounded Theory erschlossen, den ich anschließend erläutere. Dabei orientieren sich diese Ausführungen am Anspruch qualitativer Forschungsarbeit, in der u. a. Transparenz und Nachvollziehbarkeit zentrale Gütekriterien darstellen. Daher erachte ich es als besonders wichtig, neben Erläuterungen zum Ausgangspunkt dieser Studie und der Darstellung des Forschungsdesigns, auch den Auswertungsprozess exemplarisch nachzuzeichnen. Gesondert gehe ich im Abschluss dieses Kapitels zusammenführend auf die Güte der vorliegenden Arbeit ein.

3.1 Ziele und Fragestellungen

Im Rückblick auf die in Kapitel 2.4 aufgeworfenen Forschungsimpulse sollen an dieser Stelle zunächst die herausgearbeiteten Forschungslücken und weiterführenden Fragen zu den Aspekten der Erwerbsarbeit, Gesundheitsrisiken in der Erwerbsarbeit und Bewältigung von Erkrankungen in Kürze zusammengetragen werden:

- Es ist wenig bekannt darüber, welche Funktion individuelle Einstellungen zur Arbeit oder subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Risikofaktoren in der Arbeitswelt einnehmen und welchen Einfluss sie auf das Entstehen tätigkeitsbedingter Erkrankungen und Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Unternehmen ausüben.
- Insgesamt liegt nur begrenztes Wissen über den Prozess des Krankwerdens innerhalb der Erwerbstätigkeit vor, d. h. über den Verlauf sich anbahnender gesundheitsbedingter Brüche im Erwerbsleben und über die Wirkmechanismen der identifizierten Einflussfaktoren.
- Grundsätzlich fehlen vertiefende Erkenntnisse über die Phasen, Merkmale und Mechanismen der Bewältigung einer ‚doppelten Brüchigkeit der Biographie‘, d. h. über die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation.
- Als Parallele zu den Ausstiegsprozessen bestehen noch zahlreiche Fragen in Bezug auf den RTW-Prozess, z. B. welche Personen- und Kontextfaktoren, einschließlich der berufs- und krankheitsbezogenen Bewältigungsprozesse in welcher Form darauf Einfluss nehmen.
- Relativ unerforscht ist, wie sich aus Sicht der Beschäftigten der Arbeitsalltag, die Tätigkeiten und Anforderungen nach erfolgtem Wiedereinstieg in das Erwerbsleben verändert haben und welche Bedingungen für den Verbleib in dieser Tätigkeit förderlich oder hemmend sind.
- Es fehlt zudem an Forschungsergebnissen, die Aufschluss darüber geben, welche „Gesundheits- und Krankheitskulturen“ in Unternehmen vorherrschen, z. B. wie die Arbeitgeberseite die Ausstiegsprozesse ihrer Beschäftigten wahrnehmen oder bewerten und welchen Einfluss diese Aspekte wiederum auf das eigene Krankheitserleben haben.

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

- Grundlegend besteht ein Bedarf an der Verknüpfung erwerbsbiographischer Forschungsansätze mit Erkenntnissen aus dem gesundheitssoziologischen Bereich wie den Krankheitsbewältigungsprozessen und dem Verlaufskurvenmodell.

All diese Forschungsimpulse können in der vorliegenden Studie nicht gleichrangig aufgegriffen werden. Der Fokus dieser Arbeit liegt thematisch auf dem handlungspraktischen Problem der Bewältigung eines doppelten biographischen Bruches, der darin besteht, dass gesundheitsbedingte berufsbiographische Brüche in zweifacher Hinsicht entschlüsselt, bearbeitet und ‚repariert‘ werden müssen. Die Personen sind vor die Herausforderung gestellt, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen.

Das Grundanliegen dieser Studie ist es, die biographische Bewältigungsarbeit im Kontext der beruflichen Neuorientierung aufzuschlüsseln und diese Arbeitslinie nicht nur als flankierenden Prozess in der Krankheitsbewältigung zu beschreiben. Mit diesem Ansatz soll dem fundamentalen Bedeutungscharakter von Erwerbstätigkeit gerecht werden.

Eine weitere Zieldimension in diesem Zusammenhang ist es, Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben zu beschreiben und deren personenbezogene und kontextualen Bedingungsfaktoren aufzuschlüsseln, um damit einen Beitrag zum wenig erforschten Gebiet „Exit from Work“ zu leisten. Weiterhin zielt diese Untersuchung darauf ab, die sich anschließenden individuellen Aushandlungsprozesse beruflicher Neuorientierung zu verstehen und in ein Verhältnis mit der Krankheitsbewältigung zu setzen. In diesem Zusammenhang wird die Rolle der Versorgungsinstitutionen in diesen Prozessen gezielt beleuchtet. Es ist eine weitere Zieldimension dieser Studie, den Blick auf die Rückkehr in das Erwerbsleben zu richten und dabei in Ansätzen herauszuarbeiten, welche Faktoren ein Arbeiten unter bedingter Gesundheit ermöglichen oder hemmen können. Im Querschnitt zu diesen einzelnen Zieldimensionen gilt es, die Rolle individueller Konzepte (z. B. von Arbeit, Gesundheit oder Krankheit) für die Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse aufzuzeigen, da anzunehmen ist, dass sie einen entscheidenden Einfluss auf „Exit from Work“, „Return to Work“ und „Stay at Work“ ausüben.

Diesem komplexen Forschungsgegenstand wird sich auf unterschiedlichen Analyseebenen angenähert: bezogen auf a) den Verlauf gesundheitsbedingter erwerbsbiographischer Brüche, b) deren Deutung und Bedeutung aus Perspektive der Betroffenen sowie c) im Hinblick auf die Gestaltung der sich anschließenden beruflichen Neuorientierung. Vor diesem Hintergrund können die bisherigen Aspekte zu folgenden Fragestellungen und weiteren untergeordneten Fragen verdichtet werden:

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

- Wie vollzieht sich der **gesundheitsbedingte Ausstiegsprozess** aus dem Erwerbsleben?
 - Welche Risikokonstellationen lassen sich beschreiben?
 - Wie bedingen subjektive Konzepte und Einstellungen und externe Einflussfaktoren diesen Prozess?
- Wie wird die **„doppelte Brüchigkeit der Biographie“** bewältigt?
 - Wie wird der gesundheitsbedingte Bruch in der Erwerbsbiographie gedeutet?
 - Auf welche Konzepte, Ressourcen, Erfahrungen, biographischen Skripte und Handlungskompetenzen wird in der Bewertung und in der Bewältigung zurückgegriffen?
 - Welche Bedeutung und Wirkung haben Arbeit, Erwerbstätigkeit und Krankheit in diesem Zusammenhang?
 - Wie verändern sich Bedeutungszuschreibungen und Wirkdynamiken im Verlauf?
- Wie und unter welchen Bedingungen vollzieht sich der Prozesseiner **Rückkehr in das Erwerbsleben**?
 - Wie wird sich, zu welchem Zeitpunkt, mit welcher Strategie und mit welchen Ressourcen einer beruflichen Neuorientierung angenähert?
 - Welche Entscheidungen werden getroffen, und welche Vorstellungen und Ziele entwickelt?
 - Welche Rolle spielen die unterschiedlichen Institutionen des Versorgungssystems sowie Faktoren im betrieblichen Kontext bei der Entwicklung von Zukunftsszenarien und deren Umsetzung, z. B. der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz?
 - Wie geht es den Beschäftigten nach erfolgreichem Wiedereinstieg?

Nachdem ich den Forschungsgegenstand spezifiziert und entsprechende Forschungsfragen abgeleitet habe, möchte ich nun den Forschungsansatz darstellen, der meiner Studie zu Grunde liegt.

3.2 Qualitativer Forschungsansatz und Grounded Theory

Meine Untersuchung zielt darauf ab, Strukturen und Verläufe in der Erwerbsbiographie mit einer zunehmend eingeschränkten Gesundheit nachzuzeichnen, Risikokonstellationen in der Erwerbsarbeit zu beschreiben und Bewältigungsprozesse eines gesundheitsbedingten erwerbsbiographischen Bruches aus Sicht der betroffenen Personen zu verstehen. Ziel ist es zudem, durch einen offenen und lebensweltlichen Zugang zum individuellen Erleben dieser biographischen Verläufe, theoretische Konzepte von Bewältigungs- und Entscheidungsprozessen zu generieren und die biographischen Dimensionen von ‚Exit from Work‘ und ‚Return to Work‘-Prozessen aufzuschlüsseln. Bei der Konzeption des Studiendesigns bin ich dem Leitsatz gefolgt, dass sich die Auswahl des Forschungsansatzes und der Forschungsmethode an den Fragestellungen und Zielen der Studie ausrichten sollte. Ein qualitativer Forschungsansatz schien mir der angemessenste Zugang zu meinen Fragestellungen zu sein, da mit diesem Ansatz subjektive Sichtweisen und Deutungsmuster rekonstruiert werden können, dieser eine hohe Nähe zu den

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Lebenswelten von Menschen und ihren biographischen Erfahrungen aufweist und der gesamte Forschungsprozess durch Offenheit gekennzeichnet ist. Zugleich ist es mir in dieser Weise möglich, einen noch wenig erforschten Wirklichkeitsbereich (Flick, Kardorff et al. 2012, S. 25) zu erschließen.

Qualitative Forschung ist in unterschiedlichen grundlagenorientierten Wissenschaftsdisziplinen wie z. B. in der Soziologie, Psychologie, Erziehungs- und Wirtschaftswissenschaften sowie in eher angewandten Fächern wie der Sozialarbeit, Pflegewissenschaften und Public Health inzwischen fest verankert. Den Referenzrahmen der vorliegenden Arbeit bildet die qualitative Gesundheitsforschung. Im Vergleich zu anderen Forschungsdisziplinen wie etwa der Bildungsforschung vollzog sich die Etablierung qualitativer Forschungsstrategien im Bereich der Gesundheitsforschung erst relativ spät (Schaeffer 2002). Doch vor dem Hintergrund des demographisch bedingten Wandels im Krankheitsspektrum und den veränderten Anforderungen an das Versorgungssystem gewinnen qualitative Forschungsstrategien zunehmend an Bedeutung. Mit standardisierten Instrumenten quantitativer Sozialforschung können die „konkreten Veränderungen im Erleben einer Krankheit und die daran geknüpften Handlungsstrategien sowie Sinnbildungsprozesse nur unzureichend [abgebildet werden]“ (Bartel und Ohlbrecht 2016, S. 22). Qualitative Gesundheitsforschung umfasst dabei ein weites Forschungsspektrum und reicht über die Ebene des Individuums (z. B. Auswirkungen von Krankheit und biographische Arbeit), über die Ebene des Gesundheitssystems (z. B. Kommunikation und Interaktion im Arzt-Patientenverhältnis) bis zur Gesellschaftsebene (z. B. soziale Determinanten von Gesundheit) (ebd., 2016, S. 36). Die Analyse von Erzählungen über Krankheit und Behinderung im Kontext der eigenen Lebensgeschichte, die „illness narratives“ (Lucius-Hoene 1998; Lucius-Hoene 2002) können im Rahmen der Rehabilitationsforschung einen wichtigen Beitrag leisten, um die biographische Bedeutung und Sinnstiftung eines Krankheitsgeschehens, subjektive Krankheitstheorien, Krankheitsbewältigungsprozesse sowie Aspekte der Identitätsbedrohung und –wahrung zu untersuchen (Bengel, Beutel et al. 2003). Dennoch, so formulieren es Meyer, Karbach et al. (2012), „führt qualitative Versorgungsforschung in Deutschland noch ein Schattendasein, das in deutlichem Kontrast zu den [...] Potenzialen steht“ (ebd., S. 514). Die Vielfalt der qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethoden wird bei weitem nicht ausgeschöpft (vgl. Karbach, Stamer et al. 2012). Auch international wird für den Forschungsbereich der „Work Disability Prevention“ angemerkt, dass interdisziplinäre und multi-methodische Forschungsansätze noch nicht ausreichend implementiert sind (Hogg-Johnson und MacEachen 2014).

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Qualitative Sozialforschung basiert auf dem Grundsatz, die Lebenswelten „von innen heraus, aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben (Flick, Kardorff et al. 2012, S. 14) und ist fokussiert auf Prozesse, Deutungsmuster und Strukturen. Qualitative Forschung folgt dem interpretativen Paradigma (Wilson 1980, In: Keller 2012, S. 12), einer Perspektive, unter der die Akteure als handelnde und interagierende Individuen verstanden werden, die „auf der Grundlage ihrer Deutungen der sozialen Wirklichkeit handeln und diese Wirklichkeit nach bestimmten sozialen Regeln immer wieder neu interaktiv handelnd darstellen“ (Rosenthal 2005, S. 39). Es steht dem normativen Paradigma gegenüber, demzufolge soziales Handeln durch eine Orientierung an Rollen und Normvorgaben erklärt wird. Das interpretative Paradigma betont hingegen die Deutungsleistungen der handelnden und interagierenden Akteure. Um diese Deutungsprozesse aus Forschungssicht zu erschließen und die „Prozesse der interaktiv ausgehandelten und hergestellten Rahmungen und der sich vollziehenden Modifikationen“ (Rosenthal 2005, S. 44) sichtbar zu machen, eignen sich quantitative Forschungsmethoden nur begrenzt.

„Eine Soziologie, die sich dagegen für die Situations-Deutungen der handelnden Akteure interessierte, musste auch ihren soziologischen Zugang entsprechend auf die Erfassung der Interpretationsprozesse ausrichten, ja ihr eigenes Tun selbst als Interpretationsvorgang verstehen und methodisch umsetzen. Dafür schienen die etablierten Methoden der quantitativen empirischen Sozialforschung – standardisierte Fragebogentechniken oder Analysen statistischer Variablen – ungeeignet. Stattdessen galt es, „qualitative“ oder „interpretative“ Vorgehensweisen zu entwickeln und einzusetzen, die in der Lage waren, die Komplexität der Deutungsprozesse im soziologischen Gegenstandsbereich zugänglich zu machen.“ (Keller 2012, S. 12)

Die kritischen Differenzen zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsvertretern sind in den vergangenen Jahren einem Verständnis für die grundlegend verschiedenen Forschungsansätze gewichen. Dennoch kann eine methodologische Trennung von quantitativer und qualitativer Forschung in der Sozialforschung bei bestimmten Fragestellungen durchaus sinnvoll sein, und gleichermaßen kann es sinnvoll sein, über beide Forschungsätze gemeinsam einen Forschungsgegenstand zu erschließen. In der Lebenslauf- und Biographieforschung lassen sich hierfür zahlreiche Beispiele finden (vgl. Kluge und Kelle 2001).

Hinter dem interpretativen Paradigma stehen zahlreiche theoretische Ausgangspositionen, Forschungsinteressen und empirisch-methodische Vorgehensweisen (vgl. Keller 2012). Verbindendes Element der unterschiedlichen Positionen ist das Prinzip der Kommunikation, nach der zur Datengewinnung in einen „Kommunikationsprozess mit den Alltagshandelnden“ (Rosenthal 2005, S. 44) getreten wird. Die erforderlichen interpretativen Forschungsstrategien, mit denen die Komplexität des jeweiligen Untersuchungsfeldes erschlossen werden kann, spiegeln sich in den vielfältigen

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

- theoretischen Traditionen: u. a. Phänomenologie, Hermeneutik, Konstruktivismus, Ethnomethodologie oder Symbolischer Interaktionismus,
- methodischen Zugängen qualitativer Sozialforschung: u. a. Interviews, Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtungen oder Dokumentenanalysen,
- methodologischen Schulen und Verfahren: u. a. Objektive Hermeneutik (Oevermann 1981), Biographieforschung (Schütze 1983), Fallrekonstruktive Familienforschung (Hildenbrand 2005) oder Grounded Theory (Glaser und Strauss 1967/2010) und
- Auswertungsverfahren: z. B. Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2010), Dokumentarische Methode (Bohnsack, Nentwig-Gesemann et al. 2013) oder Konversationsanalyse (Sacks, Schegloff et al. 1974) wider.

Aufgabe interpretativer Sozialforschung ist es, die Wirklichkeit zu rekonstruieren, welche die Akteure mit ihren sozialen Handlungen vollziehen und dabei offen zu sein für deren Erfahrungswelten, ihre Inhalte und ihre „Gestalt“ sowie für die ihnen zugrunde liegenden Konstruktionsprinzipien (Ohlbrecht 2016, S. 72). Die Reflexivität der Forscherin und des Forschers ist dabei ein wesentliches Prinzip des Forschungsprozesses ebenso wie die Kontextualisierung der erhobenen Daten

- in ihrer eigenen Bedeutung (z. B. Einordnung von Aktennotizen als Routine in einem fachlich definierten Zusammenhang),
- in dem jeweils subjektiv gemeinten Sinn (z. B. den Äußerungen von Befragten),
- im näheren Kontext (z. B. Setting in einer Klinik),
- im weiteren Kontext (z. B. soziale Lage, Aussichten auf Wiedereingliederung angesichts des Arbeitsmarktes) sowie
- vor dem Hintergrund historisch hergestellter gesellschaftlicher Strukturen.

Die erkenntnistheoretische Position, die zu Grunde liegenden Zielstellungen und die abgeleiteten methodischen Zugänge qualitativer Forschung unterscheiden sich demnach grundlegend von quantitativer Forschung. Somit können die Qualitätskriterien quantitativer Forschung nicht ohne weiteres auf qualitative Forschungsprojekte übertragen werden. Diese Kriterien ermöglichen es – ob im Kontext von quantitativen oder qualitativen Forschungsvorhaben – Forschungsergebnisse zu vergleichen und zu bewerten. Ausgehend von den unterschiedlichen Grundpositionen über Gütekriterien⁹⁹ qualitativer Forschung formuliert Steinke (2012) folgende Kernkriterien, an denen ich mich bei der Durchführung der vorliegenden Studie orientierte (vgl. Kapitel 3.8):

⁹⁹ Einer dieser Position folgend sollen die Kriterien quantitativer Forschung (Objektivität, Reliabilität, Validität) übernommen und reformuliert werden. Eine andere Position bezweifelt diese Übertragbarkeit und formuliert eigene Kriterien (Kommunikative Validierung, Triangulation, Validierung der Interviewsituation, Authentizität). Die dritte Position lehnt grundsätzlich die Möglichkeit ab, Qualitätskriterien für qualitative Forschung zu formulieren (vgl. Steinke 2012).

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation des Forschungsprozesses (Vorverständnis, Erhebungsmethoden und Erhebungskontext, Transkriptionsregeln, Daten, Auswertungsmethoden, Entscheidungen und Probleme), Interpretationen in Gruppen und Anwendung codifizierter Verfahren
- Indikation des Forschungsprozesses durch die Beurteilung der Gegenstandsangemessenheit, Angemessenheit des qualitativen Vorgehens, Methodenwahl, Transkriptionsregeln, Samplingstrategie, methodische Einzelentscheidungen, Bewertungskriterien
- Empirische Verankerung (Theoriebildung und -prüfung auf Basis der empirischen Daten)
- Limitation (Grenzen der entwickelten Theorie und Generalisierbarkeit durch Kontrastierungen testen)
- Kohärenz (die entwickelte Theorie sollte in sich konsistent sein, Offenlegung von Fragen und Widersprüchen)
- Relevanz (geleisteter Beitrag der entwickelten Theorie)
- Reflektierte Subjektivität (der/des Forschenden)¹⁰⁰ u. a. im Hinblick auf den Forschungsprozess durch Selbstbeobachtung und Reflexion persönlicher Voraussetzung im Zuge der Datenerhebung und im Hinblick auf die Beziehung zwischen der Interviewerin bzw. dem Interviewer und der interviewten Person

Mit diesen kurzen Ausführungen zum qualitativen Forschungsansatz möchte ich verdeutlichen, dass die vorliegende Studie forschungstheoretisch und empirisch-methodisch dem interpretativen Paradigma folgt und deren Konzeption, Datenerhebung, Analyse der Daten und Darstellung der Ergebnisse in diese Forschungsmethodologie eingebettet ist. Aus forschungstheoretischer Sicht leitet sich aus dem qualitativen Ansatz für meine Studie eine Orientierung auf die Situationswahrnehmung und auf die Deutungsprozesse ab, welche die Betroffenen im Hinblick auf ihre Krankheitserfahrungen, entwickelten beruflichen Zukunftsperspektiven und Erklärungszusammenhänge für ihre aktuelle Situation vollziehen. Kontextbedingungen, wie z. B. das soziale oder berufliche Umfeld müssen als wichtige Handlungsbedingungen eingeordnet werden und untersuchte Phänomene, wie z. B. der Präsentismus würden unter dieser Perspektive in einen sozialweltlichen Bezug gestellt und nicht im Hinblick auf die Wirkung einzelner Variablen hin untersucht. Objektive Indikatoren, wie z. B. das Alter oder Geschlecht, werden unter der Perspektive des interpretativen Paradigmas erst in ihrer Deutung durch das Individuum handlungswirksam.

Empirisch-methodisch greife ich in meiner Studie auf das leitfadengestützte episodisch-narrative Interview zurück. Diese Interviewform bezeichnet einen diskursiv-dialogischen

¹⁰⁰ Ich denke, dass das Qualitätskriterium der ‚Reflexion der eigenen Rolle‘ auch in quantitativen Studien angelegt werden sollte, denn auch hier finden Interaktionsprozesse (wenn auch nicht mit Menschen, aber mit Daten) statt, und die/der Forschende wirkt mit ihren/seinem Vorwissen, Konzepten und Erfahrungen in erheblicher Weise auf die Studienkonzeption, Datenerhebung, Auswahl der Auswertungsmethoden und Interpretation der Daten ein. Eine Reflexion dieser subjektiven Einflussfaktoren kann die eigene Perspektive auf den Forschungsgegenstand wesentlich erweitern (vgl. Kalitzkus 2005).

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Interviewtypus¹⁰¹ (Mey und Mruck 2011), in dem die Interviewfragen eine aktive, das Gespräch mitgestaltende Explorationsfunktion einnehmen (ebd., 262). Die Erzählaufforderungen der episodisch-narrativen Interviews geben im Falle meines Studienkontextes Raum für lebensgeschichtliche, berufsbiographische Narrationen und für Erzählungen über spezifische Krankheitsepisoden.

Für den rahmenden Forschungsstil dieser Studie über gesundheitsbedingte erwerbsbiographische Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse wählte ich die Grounded Theory (Glaser und Strauss 1967/2010); ein ganzheitliches, d. h. alle Phasen des Forschungsprozesses (konzeptionelle Rahmung, Fallauswahl, Auswertung, Ergebnisdarstellung) einschließendes Verfahren.

„As a product of its history and epistemology, Grounded Theory is an evolving method premised on the inductive generation of theory derived from data. It is a complete package of procedures, techniques, and assumptions related to the discovery of practical theory.“ (Walker und Myrick 2006, S. 557)

„Grounded Theory“ bezeichnet sowohl den Forschungsprozess als auch das Ergebnis der Forschung, denn es wird damit ein qualitatives Forschungsverfahren bezeichnet und zugleich auf das Ergebnis dieses Forschungshandelns verwiesen: nämlich mit diesem Verfahren empirisch begründete Theorien zu generieren.

Mit der Veröffentlichung des Buches „The Discovery of Grounded Theory“ von Barney Glaser und Anselm Strauss (1967/dt. 2010) wurde dieser Forschungsstil erstmals mit seinen zentralen Verfahren skizziert und in den folgenden Jahren, wenn auch geprägt durch methodologisch begründete Dissonanzen zwischen beiden Autoren (vgl. Kendall 1999; Walker und Myrick 2006; Strübing 2011), weiter ausgearbeitet¹⁰². In den Kernprinzipien der Grounded Theory, die in der Forschungspraxis Anwendung finden, verbinden sich forschungspraktische Überlegungen und methodenpraktische Betrachtungen. Die Forschungslogik besteht darin, die Datengewinnung, Analyse und Theoriebildung parallel zu durchlaufen und als Forschende oder Forschender in einem stetig iterativen-zyklischen Forschungsprozess zu stehen. Die Arbeitsschritte im Forschungsprozess sollen sich gegenseitig beeinflussen, in dem z. B. analytische Ideen in die Datenerhebung einfließen (Auswahl der Fälle oder Variation des Interviewleitfadens). „Analysis is the interplay between researchers and data. It is both science and art.“ (Strauss und Corbin

¹⁰¹ Unterschieden werden diese vom Typus des narrativen Interviews und Experteninterviews (vgl. Mey und Mruck 2011).

¹⁰² (Glaser 1978; Strauss 1978; Glaser 1992; Strauss und Corbin 1996; Strauss 1998; Strauss und Corbin 1998; Glaser 2001; Glaser 2004)

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

1998, S. 13) Die Fallauswahl – das Sampling – erfolgt demnach aufeinander aufbauend und nicht in einer in sich abgeschlossenen Projektphase. Die Steuerung der Fallauswahl durch die entstehende Theorie – das Theoretical Sampling – ist neben der Parallelität der Arbeitsschritte ein zentrales Prinzip der Grounded Theory. Die weiteren leitenden Prinzipien wie das ständige Vergleichen (minimale und maximale Kontrastierung), Konzept- und Theorieentwicklung, Codierung und Memoschreiben - seien an dieser Stelle nur erwähnt. Deren Anwendung möchte ich am Beispiel meines empirischen Materials verdeutlichen (Kapitel 3.6).

An dieser Stelle möchte ich kurz auf den Begriff des ‚Falls‘ zu sprechen kommen, da es meiner Ansicht nach zentral ist, ihn in seiner Verwendung in den jeweiligen Forschungskontext einzubetten. Beim Lesen über einen Fall kann der Eindruck entstehen, die persönliche Geschichte eines Menschen wird zu einem unpersönlichen Konstrukt verdichtet. Stattdessen bezeichnet ein Fall unterschiedliche Ebenen im erhobenen Datenmaterial und bildet eine eigenständige Untersuchungseinheit. Ein Fall steht immer in Beziehung zu den erhobenen Daten, den Forschungsfragen und entwickelten theoretischen Konzepten. Ein Fall kann sich in der Analysearbeit und der Ergebnisdarstellung als ein Personen-Fall präsentieren, der mit anderen Personen-Fällen verglichen wird im Hinblick auf z. B. Gesundheitspraktiken in der Herkunftsfamilie. Ebenso kann ein Fall ein bestimmtes Phänomen sein, wenn z. B. in einer Interviewpassage davon berichtet wird, wie schlecht sich ein Betroffener von seinem Facharzt nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik betreut fühlte. In diesem individuellen Leben wird ein Fall von fehlender Nachsorge repräsentiert.

„Unter einem Fall ist dabei „eine strukturierte, geschichtlich konstituierte autonome Handlungseinheit mit identifizierbaren Grenzen“ (Kraimer 2000, S. 42) wie ein Individuum, eine Familie, eine Gruppe, eine Organisation, eine Beziehung, eine Kultur, ein Milieu oder eine Gesellschaft, zu verstehen.“ (Fabel-Lamla und Tiefel 2003, S. 189f)

Ziel des Forschungsprozesses ist die Generierung von Theorie, die im Kontext der Grounded Theory immer eine handlungspraktische Relevanz aufweist, denn die entwickelten Theorien beinhalten das „Wissen zur Bewältigung praktischer Probleme im Handlungsfeld“ (Strübing 2010, S. 29). „Theories try to answer questions. Theories offer accounts for what happens, how it ensues, and may aim to account for why it happened.“ (Charmaz 2014, S. 228) Gleichzeitig ist diese Theorie als ein Punkt im Prozess der Theoriegenerierung zu verstehen, der nie abgeschlossen und „während ihrer Anwendung fortwährend zu reformulieren und weiterzuentwickeln“ ist (Glaser und Strauss 1967/2010, S. 256). Zusammenfassend und entsprechend der Ausführungen von Strauss und Corbin über die zentralen Merkmale der Grounded Theory bildet

das Begründen von Theorie durch das Wechselspiel von Daten und Theorie, das Durchführen ständiger Vergleiche, das Fragen theorieorientierter Fragen, theoretisches Codieren und die Weiterentwicklung von Theorie den „Markenkern“ (Strübing 2010, S. 33) der Grounded Theory.

„Grounded theory involves taking comparisons from data and reaching up to construct abstractions and simultaneously reaching down to tie these abstractions to data. It means learning about the specific and the general – and seeing what is new in them – then exploring their links to larger issues or creating larger unrecognized issues in entirety. [...] Grounded theory methods can provide a route to see beyond the obvious [...]“ (Charmaz 2014, S. 323)

3.3 Ausgangspunkt und konzeptionelle Überlegungen dieser Studie

Der Ausgangspunkt dieser Studie gründet auf zwei unterschiedlichen Wissensbeständen. Mein Vorwissen zu dem Forschungsgegenstand ging aus einer Studie über „Abbrüche beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen“ (Meschnig, Bartel et al. 2015) hervor, die ich begleitet habe. In dieser Untersuchung wurden die Gründe eines frühzeitigen Abbruchs untersucht, die in vielen Fällen auf gesundheitliche Problemlagen zurückzuführen waren. Im Zuge der z. T. von mir geführten Interviews mit beruflichen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde mir deutlich, dass der in der Regel schon länger zurückliegende gesundheitliche Einbruch noch Jahre später deutliche Spuren hinterlassen hat. Die gesundheitliche Bewältigung der Krankheitserfahrungen zeigte sich noch immer sehr präsent in unterschiedlichen Lebensbereichen der Betroffenen. Insbesondere vor dem Hintergrund der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme stellte dies eine zusätzliche Belastung dar. Ich beschloss daher, diese im Projekt nicht weiter verfolgbare Erkenntnis als Forschungsgegenstand in eine weitere – hier vorliegende – Studie zu überführen und spannte unter Hinzuziehung meines theoretischen Vorwissens über den Untersuchungskontext Arbeit und Gesundheit den theoretischen Rahmen dieser Untersuchung auf und generierte entsprechende Forschungsfragen. Die Herausarbeitung meiner Forschungsfragen¹⁰³, die Entscheidung über das Untersuchungssetting und über die Fallauswahl stand in engem Bezug zu vier ausgewählten Fällen dieser „Abbrecherstudie“ sowie eines weiteren Falles einer Krebspatientin, die sich auf Grund ihrer Erkrankung beruflich neu ausrichtete. All diesen Fällen war gemeinsam, dass die eigene Erkrankung eine starke und nachhaltige biographische Wirkung ent-

¹⁰³ Klassischerweise bildet der Fokus in einer Forschungsarbeit zur Grounded Theory eine Frage, deren Problemstellung durch ein Schlüsselkonzept beantwortet werden kann. Forschungspraktisch ist es in meinem Fall angemessener unter dem thematischen Rahmen mehrere Forschungsfragen aufzuwerfen.

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

faltet hatte, in dem sie sowohl berufliche als auch identitätsrelevante Veränderungen auslöste und noch immer präsent war.

Als Untersuchungssetting wählte ich bewusst die medizinische Rehabilitation aus, denn dort mündet sozusagen der akute gesundheitliche Einbruch, und von hier aus werden alle weiteren Prozesse, z. B. die berufliche Rehabilitation, eingeleitet. Die medizinische Rehabilitation ist eine wichtige gesundheitsbezogene und biographische Station im Krankheits- und beruflichen Orientierungsverlauf und stellt im Kontext meiner Studie einen zentralen Knotenpunkt im Verlauf von ‚Exit from Work‘ und ‚Return to Work‘ Prozesse dar. Meine Studie widmet sich dem Krankheitserleben im Erwerbsverlauf und der beruflichen Neuorientierung. Bei der Formulierung der Forschungsfragen zu diesem Gegenstand und aus theoretischen Überlegungen zur Biographieforschung wurde deutlich, dass meine Fragestellungen nur durch die Beobachtung eines längerfristigen Veränderungs- und Bewältigungsprozesses beantworten kann.

„Das Ereignisdatum (Ausbruch einer Krankheit oder die Einlieferung in ein Altenheim) ist immer nur ein Datum, es gilt den längerfristigen Veränderungsprozeß als Bewältigungsprozeß zu beobachten, damit nicht die abrupten Veränderungen von Lebenslagen überbetont werden.“ (Hoerning 1987, S. 253)

Vor diesem Hintergrund wählte ich zwei Interviewzeitpunkte aus: während der medizinischen Rehabilitation und ca. ein Jahr später, da ich davon ausging, dass zu diesem Zeitpunkt Entscheidungen über den weiteren beruflichen Verlauf bereits vollzogen waren. Im Zuge der theoretischen Vorüberlegungen zur Fallauswahl kam ich zu dem Schluss, dass sich meine Fallauswahl am Alter (ältere und jüngere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) und Geschlecht (Frauen und Männer) orientieren sollte, da in der Forschungsliteratur belegt ist, dass sowohl das Alter als auch das Geschlecht im Hinblick auf erwerbsbiographische Verläufe und Krankheitsbewältigungsprozesse bedeutende Unterscheidungsdimensionen darstellen. Gleichzeitig ist es in der Forschungsliteratur hinreichend belegt, dass die Art der Erkrankung einen großen Einfluss auf individuelle Bewältigungsprozesse und RTW hat. Ich entschied mich aber, in meiner Studie meine Fälle nicht nach dem Merkmal der Indikationenauszurichten, d. h. Personen zu interviewen, die ausschließlich eine orthopädische oder psychische Erkrankung haben. Dies hing sowohl mit konzeptionellen als auch forschungspraktischen Überlegungen zusammen. Konzeptionell ließ ich mich vordergründig durch die Perspektive leiten, dass eine Erkrankung (akut/chronisch) grundsätzlich eine biographische Herausforderung darstellt, die es zu bewältigen gilt und krankheitsspezifische Bewältigungsprozesse bei unterschiedlichen Erkrankungen auf übergeordneter Ebene ähnlich gelagert sind. Meine Arbeit zielte nicht darauf ab, Vergleiche

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

zwischen unterschiedlichen Erkrankungsformen durchzuführen. Forschungspraktisch war meine Datenerhebung allerdings auf eine orthopädische Rehabilitationsklinik begrenzt. Ich versuchte daher Personen mit komplexeren gesundheitlichen Problemlagen (z. B. orthopädische und psychosomatische Beschwerden) für meine Studie zu gewinnen.

3.4 Forschungsdesign

Im Zentrum meiner Arbeit stehen drei Frauen und drei Männer im Alter von 25 bis 57 Jahren, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Erhebungszeitraum von 2013-2014 leitfadengestützt (episodisch-narrativ) interviewt wurden: während ihrer medizinischen Rehabilitation (t1) und erneut ca. ein Jahr später (t2). Darüber hinaus dienten fünf Fälle der Kontrastierung und Konzeptualisierung dieser Studie (Abbildung 11). Übergreifendes Merkmal aller Fälle waren die sich anbahnenden bzw. bereits vollzogenen gesundheitsbedingten berufsbiographischen Einschnitte durch eine chronische muskuloskelettale und z. T. begleitet durch eine psychosomatische Erkrankung. Jede der befragten Personen arbeitete bis zum gesundheitsbedingten Einschnitt in einem festen Angestelltenverhältnis. Den rahmenden Forschungsstil bildete wie bereits beschrieben die Grounded Theory. Der Codierprozess wurde durch Datenanalysesoftware MAXQDA unterstützt.

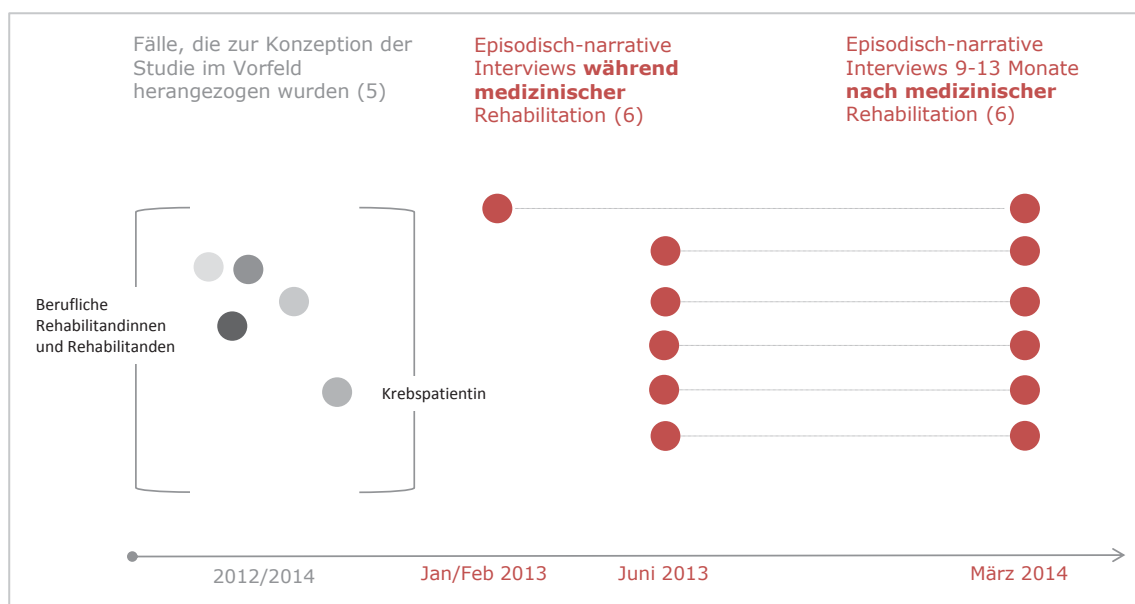


Abbildung 11: Forschungsdesign

3.4.1 Der Interviewleitfaden

Der entwickelte Interviewleitfaden für den ersten Interviewzeitpunkt wurde so konzipiert, dass lebensgeschichtliche berufsbiographische Narrationen und Erzählungen über spezifische Krankheitsepisoden ermöglicht werden sollten. Ich entschied mich, mit der Eingangsfrage die aktuelle Situation der Betroffenen in einen berufsbiographischen Kontext zu stellen, und begann jedes der sechs Interviews mit der Frage nach dem beruflichen Werdegang meiner Interviewpartnerin bzw. meines Interviewpartners.

Die Datenerhebung zum zweiten Interviewzeitpunkt war stark geprägt von den analytischen Ideen des ersten Interviews, so dass Aspekte, die im ersten Interview als erste bedeutsame Konzepte im Hinblick auf den Forschungsgegenstand herausgearbeitet werden konnten (z. B. familiäre Prägungen im Gesundheitshandeln), aber wenig Raum in den Interviews einnahmen, im zweiten Interviewleitfaden gezielt aufgegriffen wurden. Die Hauptkategorien des ersten Interviewleitfadens¹⁰⁴ bezogen sich auf den beruflichen Hintergrund, Einstellungen zum Beruf, Krankheitserleben und Auswirkungen der Krankheit, auf familiäre Unterstützung und Zukunftsvorstellungen. Zum zweiten Interviewzeitpunkt lag der Fokus auf Schilderungen der Ereignisse und Erlebnisse nach unserem letzten Gespräch, auf Veränderungen, Unterstützung und Ressourcen, subjektive Gesundheit und Vorstellungen über die berufliche Zukunft.

3.4.2 Feldzugang und Erhebungskontext

Die Interviews in der medizinischen Rehabilitationsklinik wurden mir durch die dortige Geschäftsführung ermöglicht. Die Klinik selbst ist im südwestlichen Teil Deutschlands angesiedelt und besteht aus unterschiedlichen Fachabteilungen (u. a. Orthopädie).

Bei der Kontaktaufnahme mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterstützte mich die Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Klinik. Sie sprach gezielt Personen an, und fragte, ob sie an einer kleinen Studie zum Thema ‚Gesundheit und Beruf‘ teilnehmen möchten. In der medizinischen Rehabilitationsklinik hat der Sozialdienst u. a. die Aufgabe, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beraten und insbesondere den Personenkreis mit einer dauerhaft eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf berufliche Perspektiven (berufliche Rehabilitation) hinzuweisen sowie gemeinsam mit ihnen ggf. den Antrag auf LTA zu

¹⁰⁴ siehe Anhang 1

stellen. In dieser Beratungssituation bündelt sich für die Betroffenen häufig sehr intensiv und bewusst die Problematik, ihren ursprünglichen Beruf nicht mehr wie gewohnt oder möglicherweise gar nicht mehr ausüben zu können. Genau in dieser Situation traf ich meine Interviewpartnerinnen und Interviewpartner an; sie hatten nur kurze Zeit zuvor (am selben Tag oder am Vortag) ein solches Beratungsgespräch gehabt.

3.4.3 Forschungspraktischer Ablauf

Die sechs Gespräche zum ersten Interviewzeitpunkt fanden innerhalb von 2 Tagen statt. Ein längerer Aufenthalt in der Klinik war aus organisatorischen Gründen auf Seiten der Klinik und auf meiner Seite nicht möglich, so dass ein Fallauswahlprozess nach dem theoretischen Sampling nicht möglich war. Bereits im Vorfeld meines Aufenthalts in der Klinik konnte ich der Sozialarbeiterin meine Auswahlkriterien (Alter und Geschlecht) zukommen lassen, so dass mir bei meiner Ankunft ein zeitlicher Ablaufplan mit den sechs Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern überreicht wurde.

Die Interviews führte ich zum Teil in öffentlichen Aufenthaltsräumen der Rehabilitationsklinik und zum Teil im nicht frei zugänglichen Büro der Sozialarbeiterin. Ich erklärte jeder Gesprächspartnerin bzw. jedem Gesprächspartner kurz meinen Studienkontext und erläuterte, dass es mich interessiert, wie sie den Verlauf ihrer Erkrankung im Erwerbsleben erlebt haben, und wie sich für sie die Rückkehr in das Arbeitsleben gestaltet. Nach Abschluss des Interviews fragte ich nach ihrem Einverständnis, sie ca. ein Jahr später ein weiteres Mal zu interviewen. Alle sechs Personen willigten ein und gaben mir ihre privaten Kontaktdaten. Zum zweiten Interview reiste ich zu meinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern nach Hause. Eine Ausnahme bildete eine Gesprächspartnerin, die es vorzog, das Interview in einem Café im Hauptbahnhof ihres Heimatortes zu führen. Die Familienmitglieder waren zum Zeitpunkt des Interviews nicht anwesend. Die Möglichkeit, zu den Betroffenen nach Hause zu kommen, bettete ihre Erfahrungen für mich in ihre persönliche Lebenswelt ein (z. B. durch einen Rundgang über den Hof, Informationen über Nachbarn, die Gegend, ihre Haustiere und Hobbies), die für mich ein wichtiger Bezugspunkt in den Datenanalysen darstellte. Anmerkungen über das selbstgebaute Haus, das man für einen neuen Beruf nicht verlassen möchte, erhielten so bspw. eine konkrete Gestalt für mich. Fotos über die Haustiere, für deren Unterhalt ein zusätzliches Einkommen hilfreich ist, verdeutlichten den emotionalen Gehalt dieser Aussage. Ich hatte zudem den Eindruck, dass die vertraute Atmosphäre es den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern leichter machte, über das Erlebte zu sprechen.

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Neben forschungstheoretischen Gründen, zwei Interviewzeitpunkte anzusetzen, waren für mich auch die Vorteile aus forschungspraktischer Sicht deutlich geworden. Zum zweiten Interview war bereits ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aufgebaut, und wir konnten schnell einen persönlichen Bezug beim Wiedersehen herstellen und das Interview ungezwungener starten. Darüber hinaus konnte ich gezielt nach Aspekten fragen, die ich im ersten Interview vergessen hatte bzw. die sich nach Auswertung des ersten Interviews neu ergeben hatten.

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und dauerten im Schnitt 40 Minuten (das kürzeste war 26 Minuten lang, das längste 60 Minuten). Die insgesamt zwölf Interviews transkribierte ich selbst vollständig nach den Transkriptionsregeln von Rosenthal (2005)¹⁰⁵. Im Nachgang zu jedem Gespräch fertigte ich ein kurzes Interviewprotokoll an, in dem ich die Eckdaten der Gespräche (Datum, Ort), den Interviewkontext (Rahmung, Stimmung, Unterbrechungen) und die mir als besonders erscheinenden Aspekte festhielt.

Flankierend zu den Interviews führte ich ein Expertengespräch mit der Sozialarbeiterin, um einerseits etwas über ihr Aufgabenspektrum in der medizinischen Rehabilitation zu lernen und über ihre Erfahrungen aus den Beratungsgesprächen, in denen sie mit Menschen über die Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer beruflichen Umorientierung spricht. Dieses Interview fasste ich selektiv schriftlich zusammen. Es diente mir als Kontextualisierung der Erhebungssituation.

3.5 Übersicht der interviewten Personen

Die folgende Tabelle 5 gibt einen Überblick der interviewten Personen und wichtige Eckdaten zur familiären, beruflichen und gesundheitlichen Situation. Die Namen sind anonymisiert, und das Alter bezieht sich auf den ersten Erhebungszeitpunkt (2013). Die Wohn- und Arbeitsorte meiner Interviewpartnerinnen und Interviewpartner liegen in einer ländlich geprägten Region Südwestdeutschlands.

¹⁰⁵ siehe Anhang 2

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Tabelle 5: Übersicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

	Sabine Fesser (44)	Peter Ham (57)	Hans Kirch (52)	Claudio Osdorf (25)	Katharina Rieger (30)	Brigitte Schulz (50)
Familie	<ul style="list-style-type: none"> Allein lebend Mutter Hausfrau, Vater Antiquitätenhändler Jüngste von 6 Geschwistern Starker religiöser Hintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> Verheiratet, 2 Kinder Ehefrau Krankenschwester, Tochter Kindergärtnerin, Sohn Ingenieur Mutter Hausfrau, Vater Elektromeister 	<ul style="list-style-type: none"> Verheiratet, 3 Kinder Ehefrau Verkäuferin, Söhne: Industriemechaniker, Bundeswehr, Fleischer Mutter Hausfrau, Vater 'auf dem Bau' tätig, 5 Geschwister 	<ul style="list-style-type: none"> t1: bei Eltern lebend t2: allein lebend Mutter Hausfrau, Vater Feinmechaniker Jüngster von 3 Brüdern 	<ul style="list-style-type: none"> In Partnerschaft lebend, keine Kinder Partner selbstständig in Baubranche Mutter Verkäuferin, Vater Kfz-Mechaniker, Jüngerer Bruder 	<ul style="list-style-type: none"> Verheiratet, 2 Kinder Ehemann Werkzeugmacher, Tochter: Kauffrau, Druckerin Mutter Hausfrau, Vater in Baubranche
Beruflicher Werdegang	<ul style="list-style-type: none"> Hauptschulabschluss Ausbildung zur Hauswirtschaftlerin Diverse Tätigkeiten in Privathaushalten und Klinikservice 2005: Qualifizierung zur Altenpflegehelferin Zuletzt Tätigkeit im ambulanten Pflegedienst 	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung zum Radio- und Fernsehtechniker, Meisterlehre Wechsel in den Industriesektor als Ausbilder Wechsel in Musterbau, zuletzt Leitungsposition 	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung zum Maurer Wechsel zum Gemeindearbeiter, dort seit 30 Jahren tätig, zuletzt alle anfallenden Tätigkeiten Eigene kleine Landwirtschaft 	<ul style="list-style-type: none"> Hauptschulabschluss FSJ in Rehaklinik/Pflegebereich Ausbildung zum Maler und Lackierer Weiterqualifizierung zum Stuckateur und Gipser 	<ul style="list-style-type: none"> Realschulabschluss, dann Praktikum im Krankenhaus Ausbildung zur Krankenschwester wurde nach Ausbildung übernommen; seit neun Jahren Vollzeit auf einer interventionellen radiologischen Station tätig zusätzlich 400 Euro Job auf anderer Station im Nachtdienst 	<ul style="list-style-type: none"> Hauptschulabschluss Keine Ausbildung Diverse Arbeitsplätze als Küchenhilfe, Verkäuferin, Putzfrau; zuletzt Küchenhilfe
Krankheitskarriere	<ul style="list-style-type: none"> 2011: Fersensporn-OP 2012: Knieverletzung durch Arbeitsunfall 2013: Knie-OP und orthopädische Reha 	<ul style="list-style-type: none"> 2009: Rückenprobleme, orthopädische Reha 2011: wiederkehrende Rückenprobleme 2012: OP, orthopädische Reha 	<ul style="list-style-type: none"> 2013: Bandscheibenvorfall, OP, orthopädische Reha 	<ul style="list-style-type: none"> 2012: Rückenschaden z. T. durch Arbeitsunfall 2013: orthopädische Reha 	<ul style="list-style-type: none"> 2006 Bandscheibenvorfall, 'Not-OP', orthopädische Reha Seit 2012: diverse gesundheitliche Leiden, dann Zusammenbruch 2013; orthopädische Reha auf Grund von Rückenproblemen und psychosomatischen Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> 2009: psychosomatische Reha 2012: diverse orthopädische Leiden, Knie-OP Teilweise EM-Rente 2013; orthopädische Reha
Berufliche und gesundheitliche Situation zu t1 und t2	<ul style="list-style-type: none"> t1: unsichere Gesundheit und unsichere berufliche Zukunft t2: verbesserter aber instabiler Gesundheitszustand; weithin krankgeschrieben und arbeitsuchend, gegen Umschulungsangebot entschieden 	<ul style="list-style-type: none"> t1: geplant in Beruf, drohende Firmenschließung t2: verbesserter, aber instabiler Gesundheitszustand; zurück am alten Arbeitsplatz, drohende Firmenschließung 	<ul style="list-style-type: none"> t1: geplant Wiedereinstieg in Beruf t2: verbesserter und stabiler Gesundheitszustand; zurück am alten Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> t1: plant Weiterbildung zum Bautechniker und Auszug von zu Hause t2: verbesserter, aber instabiler Gesundheitszustand; in laufender Qualifizierung zum Bautechniker 	<ul style="list-style-type: none"> t1: geplant Wiedereinstieg in Beruf t2: verbesserter und stabiler Gesundheitszustand; zurück am alten Arbeitsplatz; 400 Euro Job gekündigt; sieht sich nach anderen Arbeitsstellen als Krankenschwester um wegen Klinkinsolvenz 	<ul style="list-style-type: none"> t1: geplanter reduzierter Wiedereinstieg in Beruf t2: schlechter, instabiler Gesundheitszustand; krankgeschrieben, anstehende OP, Arbeitgeber legt Kündigung nahe

3.6 Exemplarische Analysearbeit nach der Grounded Theory und Ergebnisdarstellung

Im Folgenden möchte ich auf ausgewählte Analyseschritte exemplarisch eingehen, um den Prozess der Forschungsarbeit und Generierung von Konzepten, Kategorien und theoretischen Linien nachvollziehbar zu machen.

Ein zentrales Prinzip der Analysearbeit am Material – und häufig der Einstieg in das Datenmaterial – stellen die unterschiedlichen Codiermodi des offenen, axialen und selektiven Codierens dar. Diese werden abwechselnd immer wieder parallel durchlaufen, weisen eine höchstmögliche Datennähe auf und sind eng an Textstellen geknüpft. In der Grounded Theory bezeichnet ein Code einen Schlüsselbegriff, der entweder eine Begriffsassoziation zu einer Textstelle darstellt oder direkt im Text vorkommt („in vivo“-Code). Durch das offene Codieren wird ein thematischer Zugang zum Material erreicht, und es erfolgt in diesem Zuge die Auswahl problematischer oder zentraler Datenpassagen zur detaillierten, sequenziellen „line-by-line“-Analyse. Beim offenen Codieren wird zunächst gefragt, was in dem jeweiligen thematischen Abschnitt passiert. Ein Abschnitt kann dabei eine Zeile lang und durch mehrere Codes beschreibbar sein; ebenso kann sich ein einzelner Code über mehrere Zeilen fortsetzen. Das Ergebnis des offenen Codierens ist in der Regel eine Vielzahl von Codes und Subcodes, die sich im Laufe des Forschungsprozesses reduzieren und verdichten werden. Abbildung 12 illustriert einen Ausschnitt eines noch sehr differenzierten Codebaums (dargestellt mit MAXQDA) aus den anfänglichen offenen Codierschritten.

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

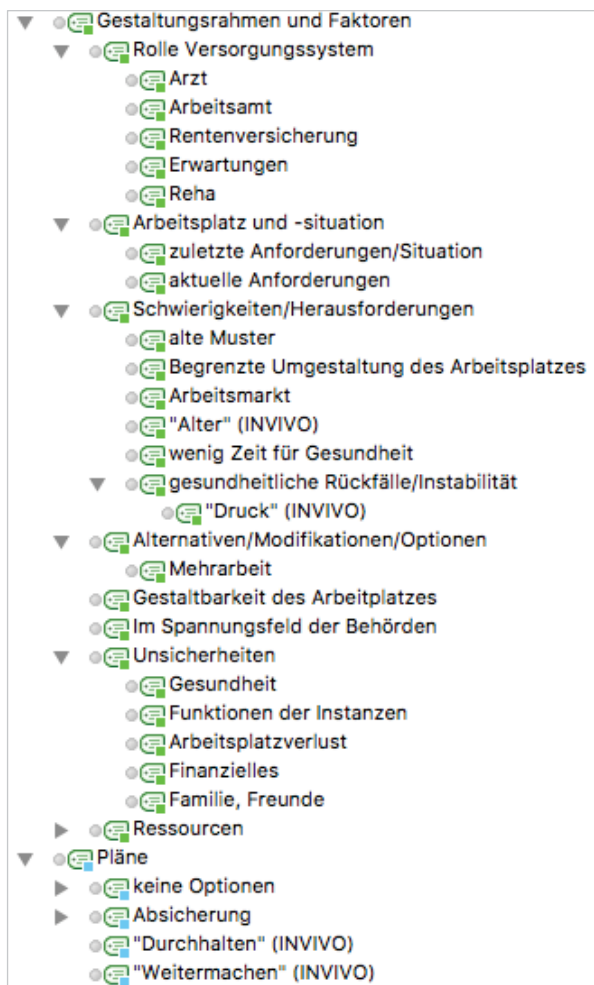


Abbildung 12: Ausschnitt des Codebaums nach offener Codierung in MAXQDA

In dieser Phase zeichneten sich in der Analyse meiner Fälle fallübergreifend erste Phänomene ab, bspw. der Bruch im Leben, die hohe Relevanz der beruflichen Identität für die Neuorientierung oder die Entwicklung neuer Lebens-Leitsätze. Gleichzeitig ließen sich zentrale Passagen identifizieren, die für die Theoriegenerierung von hoher Bedeutung erschienen. So konnten aus den Abschnitten, die sich auf den „Körper“ bezogen und in denen beschrieben wurde, wie dieser sich „verhält“ oder wie sich ihm gegenüber verhalten wird, mittels sequenzieller Analysen unterschiedliche Körperdimensionierungen herausgearbeitet werden (vgl. Kapitel 4.2.1.2).

Ein grundlegendes Prinzip der Forschungsarbeit nach der Grounded Theory berührt den Modus der Datenanalyse und Theoriebildung, der als ein ständiges Vergleichen in Bezug zur leitenden Forschungsfrage angelegt ist. Dies bedeutet, dass beobachtete Phänomene im Datenmaterial immer unter der Perspektive des Forschungsproblems und „vor dem Hintergrund von Vorwis-

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

sen, thematischen Interessen und forschungspraktischen Erfahrungen“ (Strübing 2010, S. 16) von den Forschenden einer pragmatischen Relevanzprüfung unterzogen werden müssen. Dieses ständige Vergleichen findet zwischen Fällen oder bestimmten Phänomenen und nach dem Prinzip der minimalen Kontrastierung (die Fälle oder Phänomene sind sich möglichst ähnlich) und maximalen Kontrastierung (die Fälle oder Phänomene sind möglichst unterschiedlich) statt. Ziel des Kontrastierens ist es, in Bezug auf die Forschungsfrage bzw. die angestrebte Problemlösung auf den Kern empirischer Konzepte zu stoßen. In diese Konzepte fließen unterschiedliche Indikatoren (Daten wie Verhaltensweisen, Ereignisse etc.) ein. Diese Indikatoren weisen eine stabile Ausprägung über alle bisher verglichenen Fälle oder Phänomene hinweg auf. Häufig ist es der Fall, neben einem Kernkonzept Variationen in Form von Sub-Konzepten beschreiben zu können. Ergeben sich durch Hinzuziehen weiterer auch heterogener Fälle keine neuen Erkenntnisse in Bezug auf das Kernkonzept und hat sich dieses verdichtet, spricht man in der Grounded Theory von einer theoretischen Sättigung. In meiner Studie vollzog ich den Prozess des ständigen Vergleichens u. a. auf diesen Dimensionen:

- Minimale und maximale Kontrastierungsdimensionen zwischen unterschiedlichen Fällen: u. a. gleiches/anderes Geschlecht, gleiche/andere Altersgruppe, z. B.
 - Worin gleichen bzw. unterscheiden sich die Erfahrungen von Familienmüttern bzw. Familienvätern in der Arbeitswelt?
 - Wie gleichen bzw. unterscheiden sich die beruflichen Perspektiven der jüngeren bzw. der älteren Personen?
- Minimale und maximale Kontrastierungsdimensionen innerhalb eines Falles: Wiederkehrende Krankheitsepisoden im Leben oder wiederkehrende Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit als minimaler Kontrast bzw. akutes vs. chronifiziertes Krankheitserleben als maximaler Kontrast z. B.
 - Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede kennzeichnen frühere Krankheitsepisoden und berufliche Unterbrechungen im Vergleich zur aktuellen Situation?
 - Worin liegen Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben einer akuten Krankheitssituation und einem chronischen Leiden?

Durch die stetigen Kontrastierungen konnte ich bspw. unterschiedliche Konzepte eines „Brucherlebens“ herausarbeiten. Lassen sich mehrere Konzepte einem bestimmten Phänomen zuordnen, bilden sie eine Kategorie, die in ihrer Gesamtheit empirische Zusammenhänge sichtbar werden lassen und zunehmend eine theorieförmige Gestalt annehmen. Eine solche verfestigte Kategorie bildet eine zentrale Schlüsselkategorie, die sich auf Grund ihrer Zentralität in Bezug auf andere Kategorien, ihrer aufgetretenen Häufigkeit im Material, ihrer klaren Implikation für die entstehende Theorie und ihrer Einschlussfähigkeit maximaler Variationen auszeichnet. Die unterschiedlichen Konzepte des Brucherlebens bildeten unter diesem Analyse-schritt die Schlüsselkategorie „(Berufs)biographischer Bruch“ (Abbildung 13).

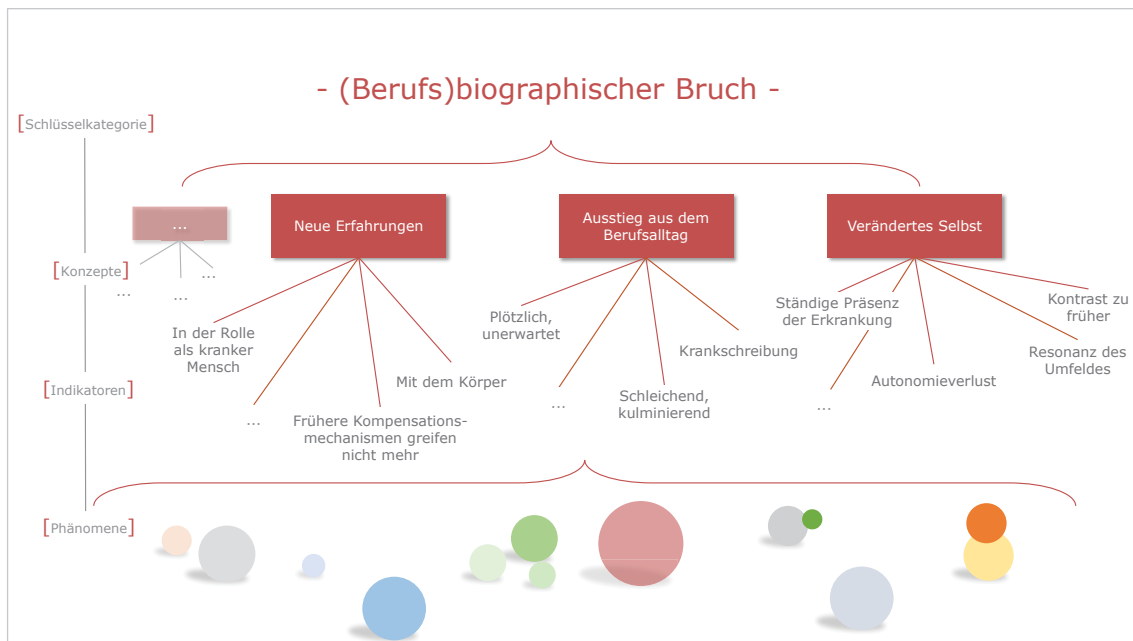


Abbildung 13: Entstehung einer Schlüsselkategorie

In dieser Form lagen schließlich neben der Schlüsselkategorie „(Berufs)biographischer Bruch“ (Kapitel 4.2), die Schlüsselkategorien „Arbeitskonzepte als biographische Orientierung“ (Kapitel 4.1) sowie „Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen“ (Kapitel 4.3) vor.

Wesentlich für die Transformation des eher deskriptiven Gehalts von Kategorien in Konzepte und schließlich in eine Theorie ist die Einbettung in Erklärungszusammenhänge, also einem Modell, in dem Handeln und Umwelt zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dies wird durch das axiale Codieren unter dem Frageschema des Codierparadigmas ermöglicht, in dem die herausgearbeiteten Kategorien – wenn sie sich als relevant für die Forschungsfrage und für das zu entwickelnde theoretische Modell als bedeutsam erweisen – befragt werden nach ursächlichen und intervenierenden Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen (Strauss und Corbin 1996, S. 75ff). Mittels dieser Analyseschritte konnte ich das Zusammenspiel der unterschiedlichen Einflussfaktoren und deren Wirkungsrichtung rund um das Phänomen ‚Gesundheit als Ressource‘ spezifizieren (Abbildung 14). Hinter diesem Phänomen verbirgt sich die Beobachtung, dass sich zwischen dem ersten und dem zweiten Interviewzeitpunkt die Haltung zur eigenen Gesundheit und auch das Gesundheitshandeln verändert hat. Es zeigte sich, dass Gesundheit an Bedeutung gewonnen hat und sich ein Perspektivwechsel von Arbeit oder Gesundheit hin zu Arbeit und Gesundheit vollzogen hat. Im Unterschied zu früher wird die eigene Gesundheit nun als Ressource bewertet. Die Erkenntnisse zum veränder-

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

ten Gesundheitskonzept stellten ein zentrales Ergebnis dar, dass an unterschiedlichen Kontexten der Ergebnisaufbereitung zum Tragen kommt, so z. B. als Dimension eines veränderten Selbst (Kapitel 4.2.2.2), als Merkmal gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben (Kapitel 5.2) sowie in Bezug auf ein erweitertes konzeptuelles Verständnis von RTW (Kapitel 5.5).

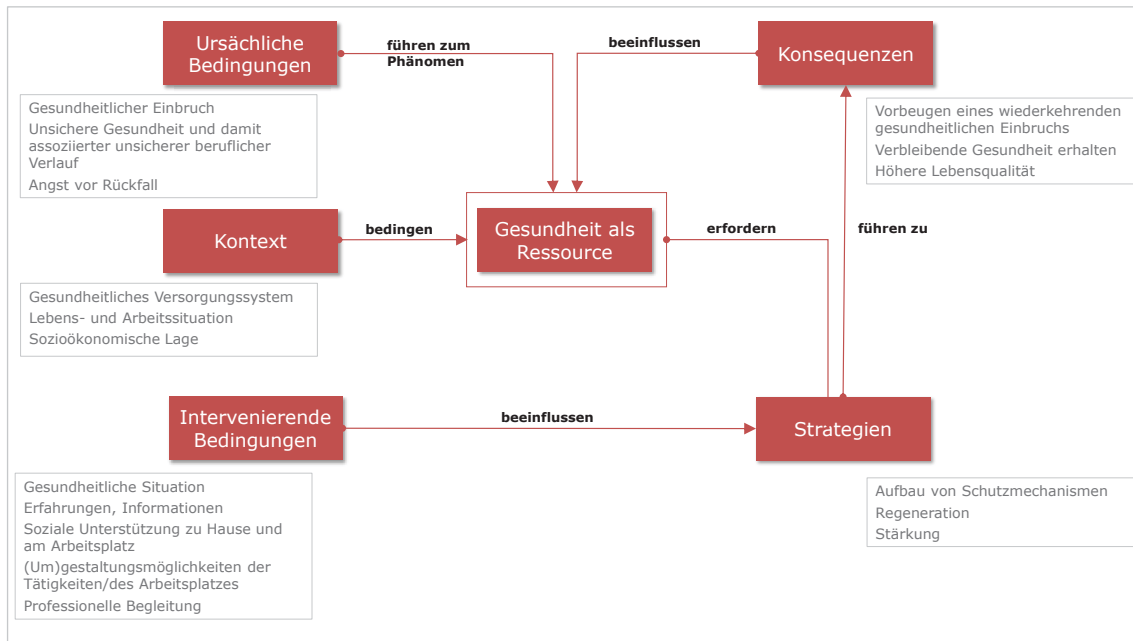


Abbildung 14: Axiales Codierschema am Beispiel des Phänomens 'Gesundheit als Ressource'

Mit dem axialen Codieren entstehen eine Serie von Theorie-Miniaturen, die das jeweils fokussierte Phänomen erklären. In einem weiteren Schritt muss eine Integration dieser Ergebnisse hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage erfolgen. Es müssen Entscheidungen darüber getroffen werden, welches der entwickelten zentralen Konzepte sich für die Beantwortung der Forschungsfrage am besten eignet und eine Schlüsselkategorie darstellt. Es beginnt nun der Re-Codierungsprozess des selektiven Codierens; das 'Theoretical Sorting'. Die verdichtete Schlüsselkategorie wird nun zur „Richtschnur“ (Strauss 1998, S. 63) des erneut ablaufenden Codierprozesses, und bereits entwickelte Codes und Konzepte zu dieser Schlüsselkategorie werden in eine neue analytische Perspektive gesetzt mit dem Ziel, diese noch konsistenter zu machen. In dieser Weise verdichtete sich unter der Fragestellung meiner Untersuchung die theoretische Gestalt des doppelten biographischen Bruches und erlangte im Modell der „Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung“ (vgl. Kapitel 5.4) einen generalisierenden Charakter.

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

Die analytischen Arbeitsschritte der minimalen und maximalen Kontrastierung finden fortwährend im Forschungsprozess statt, „um Konzepte und deren Variationen und Reichweiten zu erarbeiten“ (Strübing 2010, S. 18). Hier schließt sich der Kreis zu den Samplingstrategien, denn die Fallauswahl richtet sich gemäß des iterativ-zyklischen Prinzips wiederum nach diesem Theoriebildungsprozess, d. h. es müssen unter Umständen gezielt weitere homogene oder heterogene Fälle erhoben werden. Dies ist im Forschungsalltag auf Grund bestimmter Projektkonstellationen, z. B. wenn die Datenerhebung zeitlich begrenzt ist und die Erhebung weitere Fälle nicht möglich ist, nicht immer zu leisten, so auch in meinem Fall. Hier greift wieder der Leitliniencharakter des Forschungsstils der Grounded Theory, demnach die methodischen Vorgaben – in diesem Fall das theoretische Sampling – immer der Forschungssituation angepasst werden müssen.

Den gesamten Forschungsprozess der Grounded Theory rahmt das Schreiben von schriftlichen Analyseprotokollen, den sogenannten Memos. Diese dienen dazu, die eigene Arbeitsweise und Analysearbeit zu reflektieren, zu systematisieren und zu dokumentieren sowie um den „interpretativen Dialog“ mit den Daten zu steigern (Berg und Milmeister 2008, Abs. 47), um die Theorie auszuarbeiten. Entsprechend der Komplexität der Forschungsarbeit gibt es unterschiedliche Memotypen: theoretische Memos, in denen das Vorwissen reflektiert wird, operative Memos, in denen die Herangehensweise an die Daten beschrieben wird oder Codememos, die bestimmte Begriffsassoziationen ausdifferenzieren. In meiner Studie bildeten die operativen Memos das Zentrum meiner Analysearbeit und Ergebnisaufbereitung, da ich hier die einzelnen Analyseschritte, Probleme und analytischen ‚Durchbrüche‘ kontinuierlich dokumentierte, um so die Nachvollziehbarkeit von Konzept- und Schlüsselkategorie-Entwicklungen zu gewährleisten. Durch das ständige Ordnen dieser Memos konnte ein erster theoretischer Rahmen entworfen werden. Die unterschiedlichen Memos waren unter anderem die Grundlage der vorangegangenen Ausführungen zur Forschungsarbeit nach der Grounded Theory.

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich im ersten Teil (Kapitel 4) nah am Datenmaterial und es werden die drei Schlüsselkategorien *„Arbeitskonzepte als biographische Orientierung“* und *„(Berufs)biographischer Bruch“* sowie *„Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen“* in ihren vielfältigen Ausprägungen dargestellt. Die Reihenfolge der Kapitel ist durch eine ‚empirisch-chronologische‘ Logik bestimmt, da die Arbeitsdimensionen den ersten zentralen Kontextualisierungsrahmen des Forschungsgegenstands bilden, der Bruch in dessen Zentrum steht und die Rückkehr in das Arbeitsleben den Abschluss dieser von mir verfolgten

biographischen Verläufe kennzeichnet. Im Diskussionskapitel (Kapitel 5) werden die empirischen Ergebnisse auf eine konzeptionelle und theoretische Ebene transformiert. Einerseits richten sich einige Ausführungen auf die Beantwortung zentraler Forschungsfragen, z. B. wie sich der gesundheitsbedingte Ausstieg aus dem Erwerbsleben vollzieht, und andererseits führe ich an dieser Stelle meine theoretischen Linien der Forschungsarbeit nach der Grounded Theory im Modell der „Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung“ (vgl. Kapitel 5.4) zusammen.

3.7 Reflexionen der Forscherinnenrolle und des Erhebungskontextes

Ich habe bereits an einigen Stellen des Kapitels zum Ausgangspunkt dieser Studie einige Aspekte benannt, die auf meine eigene Rolle im Forschungsprozess verweisen. Zwei dieser Aspekte, die mir als besonders bedeutsam erscheinen, werde ich im Folgenden punktuell vertiefen.

So spielte mein eigenes Vorwissen des Untersuchungsfeldes eine wichtige Rolle für den Feldzugang, die Interviewführung und Auswertung der Daten. Als eine hilfreiche Verständnisgrundlage für die Interaktionen mit den professionellen Akteuren und den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwiesen sich meine Erfahrungen aus anderen Forschungsbezügen mit den Strukturen der medizinischen Rehabilitation, den Kommunikationsprozessen und alltäglichen Abläufen in einer Rehabilitationsklinik. Gleichzeitig deuten einige thematische Passagen in den Interviews darauf hin, dass die ‚Reha-Sprache‘ bereits Teil der Argumentationslinien der Betroffenen geworden ist und eine wichtige Facette der neuen Patientenrolle kennzeichnen. In einem Codememo hielt ich folgendes dazu fest:

„Die Beschreibungen des eigenen Krankheitsverlaufs, der Beschwerden und Therapien wirken sehr strukturiert, fast routiniert. Dies ist vermutlich einerseits auf das Setting der medizinischen Rehabilitationsklinik zurückzuführen, in dem die Betroffenen befragt wurden und indem sie mehrfach ihre Geschichte erzählen mussten. Andererseits drückt sich an dieser Stelle ihre Expertenrolle in eigener Sache aus, in der sie sich teils schon seit Jahren bewegen.“

Von besonderer Bedeutung erschien mir die Situation, in denen sich der befragte Personenkreis zum Interviewzeitpunkt befand, die sowohl die Fallauswahl bedingte und ebenso meine erste Interviewführung beeinflusste. Sie hatten nur kurze Zeit zuvor (am selben Tag oder am Vortag) ein Beratungsgespräch über ihre beruflichen Perspektiven gehabt und befanden sich vermutlich in einer vulnerablen emotionalen Situation, da sie sich in diesem Gespräch häufig erstmals bewusst mit der Problematik auseinandersetzen müssen, ihren ursprünglichen Beruf nicht mehr wie gewohnt oder möglicherweise nicht mehr ausüben zu können. Die Fallauswahl bedingte

dies, indem die Sozialarbeiterin, die um diese Vulnerabilität wusste, nur gezielt emotional stabile Personen für meine Studie ansprach und mich darauf hinwies, dass ein Interview in dieser Situation für die Personen eine zusätzliche Belastung darstellen könnte und sie (die Sozialarbeiterin) dies ggf. im Nachgang wieder auffangen müsste. Ich war mir in der Interviewsituation über diese akute Krisensituation bewusst und stellte vertiefende Nachfragen zum Erlebten teilweise etwas befangener. Einerseits war dieses Setting eine besondere Gelegenheit, zeitnahe Einblicke in das persönliche Erleben der Betroffenen zu erlangen, andererseits war ich mir aus forschungsethischen Gesichtspunkten nicht über die Wirkung (i. S. einer Intervention) eines Interviews in dieser Situation sicher. Mein eigener professioneller Hintergrund war in diesen Interviewsituationen eine sensibilisierende Basis.

3.8 Qualitative Güte dieser Studie

Ich möchte abschließend die Gütekriterien qualitativer Forschung (vgl. Steinke 2012) auf die vorliegende Studie anwenden und sie damit einer (selbst)kritischen Prüfung unterziehen. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurde angestrebt, in dem der Forschungsprozess anhaltend und so umfassend wie möglich dokumentiert wurde. Das Vorverständnis dieser Untersuchung (vgl. Kapitel 3.3) setzt sich zusammen aus unterschiedlichen Aspekten wie der Entstehung der Forschungsfragestellung, der Darstellung der Erhebungsmethode des narrativ-episodischen Interviews, der Offenlegung des Interviewleitfadens und der Transkriptionsregeln (Anhang 1 und 2) sowie einer Aufschlüsselung des Vorgehens bei der Auswertung der Daten durch exemplarische Beispiele (Kapitel 3.6). Das in der Grounded Theory verankerte Codieren gewährleistete eine Vereinheitlichung des methodischen Vorgehens (s. Kapitel 3.6), und durch das ebenfalls in der Grounded Theory geforderte Memoschreiben konnten Entscheidungen und Probleme (auch im Nachhinein) nachvollziehbar gemacht werden. Ausgewählte Interviews wurden in Gruppen (Forschungskolloquien, Tagungen, Workshops) interpretiert, die sich aus Forscherinnen und Forschern unterschiedlicher Disziplinen zusammensetzten.

Im Hinblick auf das Gütekriterium der Indikation des Forschungsprozesses machte ich in der Einführung zum qualitativen Forschungsansatz deutlich, warum sich dieser für die Erforschung von Bewältigungsprozessen eines gesundheitsbedingten erwerbsbiographischen Bruches eignete. Die Auswahl der Grounded Theory begründete sich durch das Anliegen meiner Untersuchung, theoretische Konzepte zu generieren, die den Prozess des Krankwerdens in der Arbeitswelt beschreiben und den Neuorientierungsprozess im Rückkehrprozess theoretisch zu

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

fundieren. Einen wichtigen Ansatz im Forschungsprozess und in Bezug zur Gegenstandsangemessenheit bildete die Verlaufsperspektive auf den Untersuchungsgegenstand und die damit verbundene Entscheidung, den Personenkreis zu zwei Zeitpunkten zu interviewen. Wie ich deutlich machte, konnte ich die klassische Samplingstrategie im Forschungssetting der Rehabilitationsklinik nur begrenzt umsetzen und legte im Vorfeld die Kontrastierungsdimensionen (Alter und Geschlecht) fest. Auf meines Erachtens nicht abzubildende empirische Konstellationen weise ich im Kapitel 5 zu weiterführenden Forschungsfragen hin.

Die Kriterien der empirischen Verankerung und Limitation/Generalisierbarkeit durch Kontrastierungen sind immanente Praktiken der Grounded Theory und bildeten demnach den grundlegenden Ansatz und bestimmten den Forschungsprozess dieser Studie. Darüber hinaus diente die in den Interpretationsgruppen angewandte Methode der Sequenzanalyse forschungspraktisch der Überprüfung der aus den Daten gewonnenen Hypothesen am weiteren Datenbestand (vgl. Ohlbrecht 2006, S. 150). Die Ausarbeitungen der hinzugezogenen Fälle aus der beruflichen Rehabilitation und der Krebspatienten liefen im Hintergrund bzw. im Vorfeld ab, denn im Zentrum dieser Studie standen die sechs Personen, die ich im Setting der medizinischen Rehabilitation interviewte. Ich entschied mich, nur diese sechs Fälle in die zentrale Analysearbeit einzubeziehen und in das Zentrum der Ergebnisdarstellung zu rücken, um die bereits vorhandene Komplexität des empirischen Materials auf dem Zeithorizont (zwei Interviewzeitpunkte) nicht noch um ein anderes Setting (berufliche Rehabilitation) und um eine andere Forschungsfragestellung (Verlauf beruflicher Rehabilitation) zu erweitern. Die Kerntheorien meines Ergebnisspektrums für den Kontext gesundheitsbedingter erwerbsbiographischer Brüche wurden auf Basis der herausgearbeiteten Konzepte und der übergeordneten Strukturen aller Fälle entwickelt und bilden deren gemeinsame in sich konsistente Schnittmenge.

Die Reflexion meiner Person im Forschungsprozess war ein mir vertrauter und selbstverständlicher Aspekt in der qualitativen Forschungspraxis, deren Erkenntnisse ich in Kapitel 3.7 darlegte.

Abschließend stellt sich die Frage nach der Relevanz meiner Fragestellung und meiner Forschungsergebnisse. Die Fragestellungen meiner Studie habe ich versucht, schlüssig aus den unterschiedlichen Forschungsbezügen zu Erwerbsarbeit, Gesundheit und Krankheit herzuleiten und die Relevanz der vorliegenden Forschungsarbeit durch die Zuspitzung noch offener Forschungslücken zu unterstreichen. Unbestreitbar ist die (auch anwendungsbezogene) Relevanz meines Untersuchungsgegenstandes im Zusammenhang mit den aktuellen wissenschaftli-

3 Ziele, Fragestellungen und methodischer Zugang

chen und sozialpolitischen Aktivitäten rund um die Themen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, Return to Work und Prävention sowie in Bezug auf die Ausrichtungen der rehabilitativen Versorgungspraxis auf diese Bereiche. Ich sehe zudem eine hohe Relevanz auf individueller Ebene, denn ein vertiefter Einblick in die Wirkungszusammenhänge und Verläufe beruflicher Ausstiegs-, Neuorientierungs- und Rückkehrprozesse kann eine Verständnisgrundlage bilden, um praxisnahe Impulse für die Begleitung von Neuorientierungsprozessen und die Gestaltung von ‚Return to Work‘ zu geben.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In der empirischen Ergebnisdarstellung greife ich die drei herausgearbeiteten Schlüsselkategorien „Arbeitskonzepte als biographische Orientierung“ und „(Berufs)biographischer Bruch“ sowie „Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen“ in ihren vielfältigen Ausprägungen auf. Diese Ausprägungen werden einführend zu jedem Kapitel im Überblick aufgeführt und detailliert unter Hinzuziehung von Interviewpassagen¹⁰⁶ zur exemplarischen Unterstreichung der jeweiligen Themen erläutert.

4.1 Arbeitskonzepte als biographische Orientierung

Ein grundlegendes Ergebnis der Interpretationsarbeit präsentiert sich in der starken Verknüpfung zwischen den Prozessen des Ausstiegs, der Neuorientierung und der Rückkehr mit den individuellen Konzepten von Arbeit. Konzepte von Arbeit als biographische Orientierung können fallübergreifend als Phänomen beschrieben werden, deren unterschiedliche Dimensionen im Folgenden näher ausgeführt werden.

Es lässt sich beobachten, dass der Begriff der Arbeit sowohl im Kontext alltäglicher Tätigkeiten innerhalb des privaten Lebens als auch im Beruf für den Bereich der Erwerbsarbeit verwendet wird. Über die Schilderungen dieser Tätigkeiten drückt sich eine bestimmte Haltung gegenüber Arbeit und deren Verankerung im eigenen Leben aus, die wiederum eine starke Prägung in der Herkunftsfamilie erfuh. Das folgende erste Kapitel „Traditionen und Tradierung“ greift diese Beobachtung auf und spannt den Bogen vom Modell der ‚arbeitenden Familie‘ über die Vermittlung eines Arbeitsethos bis zum Transfer dieser Werte in das eigene Leben bzw. zeigt, in welchen Bereichen eine Abgrenzung von familiären Prägungen vollzogen wird. Ziel ist es zu zeigen, dass die Gestalt der eigenen Berufsbiographie zu einem wesentlichen Teil familiären Weichenstellungen unterliegt.

Das Wechselspiel zwischen Lebensplänen und Erwerbsarbeit bildet die Grundlage des sich anschließenden Kapitels „Leben, Beruf und Arbeitswelt“. Im Rückblick auf frühere Lebensphasen, berufliche Stationen und Erfahrungen im Berufskontext können berufs- und lebensweltliche Orientierungslinien sowie deren Spannungsverhältnis sichtbar gemacht werden. Diese Grund-

¹⁰⁶ Die Namen aller Personen sind anonymisiert und Ortsnamen mit einem Buchstaben (z. B. A-stadt) benannt. Die Interviewpassagen wurden grammatikalisch geglättet und ohne Dialekt dargestellt, um eine bessere Lesbarkeit zu erreichen. Die Interviewzitate sind gekennzeichnet mit dem Zeitpunkt des Interviews (t1 = erster Interviewzeitpunkt in der Rehabilitationseinrichtung; t2 = zweiter Interviewzeitpunkt ca. ein Jahr nach Rehabilitationsmaßnahme) sowie mit den Zeilenangaben des Interviewtranskripts.

dynamik spielt sich vor dem Hintergrund der Arbeitswelt ab. Arbeitswelt wird in diesem Zusammenhang als Begriff verstanden, der durch ähnliche Faktoren und Strukturen ‚einer‘ Arbeitswelt gekennzeichnet ist und zugleich auf die Vielfalt beruflicher Tätigkeiten, Rahmenbedingungen, berufsspezifischer Anforderungen und Risiken verweist. Nicht zuletzt steht dieser Begriff für eine individuelle Interaktion mit diesen Faktoren, deren subjektive Bewertung und Wirkweise sowie für die Gestaltungshorizonte der eigenen beruflichen Tätigkeit. In diesem Kapitel wird es darum gehen, die Pluralität der Arbeitswelt zusammenzutragen und individuelle Erfahrungen mit dem Kranksein in der Arbeitswelt nachzuzeichnen.

4.1.1 Traditionen und Tradierung

Eine prägende Erfahrung in der Herkunftsfamilie des Personenkreises in dieser Studie war stetige und z. T. harte Arbeit. Im Zuge dieser Erfahrungen formte sich nicht nur eine bestimmte Haltung gegenüber Arbeit heraus, sondern es wurde mit dieser Haltung zugleich ein bestimmter Wert von Arbeit vermittelt. Im ersten Unterkapitel „Die arbeitende Familie“ wird das so bezeichnete Familienmodell, und im Zuge dessen, der Wert von Arbeit für die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner herausgearbeitet. In welcher Form diese Prägungen im Leben Ausdruck finden und welche Parallelen und Abgrenzungsbereiche sich dabei identifizieren lassen, greift das zweite Unterkapitel „Innerfamiliäre Parallelen und Abgrenzungen“ auf.

4.1.1.1 Die arbeitende Familie

„Da hieß es arbeiten, arbeiten, arbeiten.“¹⁰⁷

Unter dem Blickwinkel von Erfahrungen mit Arbeit in der Herkunftsfamilie fallen zwei Themen besonders ins Gewicht. Zum einen formt sich im Erzählten der hohe Stellenwert von Arbeit im Familienalltag heraus, und zum anderen wird ein Wert von Arbeit vermittelt. Arbeit erlangt durch die Sichtbarkeit der Ergebnisse Wertigkeit, so z. B. durch das mit eigenen Händen geschaffene Haus oder durch messbare Einheiten, wie dem Gehalt oder den Arbeitsstunden.

Arbeit im Familienalltag

Im Rückblick betrachtet nahm körperliche Arbeit – im privaten Haushalt als auch im Erwerbsleben – einen zentralen Stellenwert im Familienalltag des befragten Personenkreises ein. Je nach den ausgeübten Berufen der Eltern und anfallenden Arbeiten z. B. auf dem eigenen Hof variierte

¹⁰⁷ Sabine Fesser, t2, Z142

das Familienleben jedes Einzelnen im Hinblick auf die Art und den Umfang der Arbeiten. Sowohl Mütter als auch Väter werden als stetig arbeitend erlebt; Frau Schulz erinnert sich an die harte Arbeit, die ihre Mutter in der Familie leistete.

Brigitte Schulz: „Mutter hat schon viel, hat sich gut drum gekümmert, also um uns alle. Da hat's keine Ausnahme gegeben. [...] Sie hat auch viel gemacht für uns also, wenn man so zurückdenkt. Das tät mancher heute nicht mehr auf die Reihe kriegen, was die auf die Reihe gekriegt hat. Das hat mich immer gewundert, an meiner Mutter, da hat's ja auch noch keine Waschmaschine oder so gegeben, wie es heut gibt, ne? Hat ja alles mit der Hand waschen müssen und Kochkessel auf'm Herd, um Kochwäsche zu machen.[...] also sie hat, hat schon viel geopfert mit acht Kindern. Also Hut ab, das bringt mancher heute mit zwei Kindern nicht mehr auf die Reihe, ne?“ (t2, Z367-377)

Einprägsam war zudem, wenn man als Kind selbst arbeiten musste. Sabine Fesser und Hans Kirch berichteten, wie sie schon früh ans Arbeiten herangeführt wurden:

Sabine Fesser: „Mein Vater war Bäcker und meine Mutter die war immer im Haushalt angestellt. Die hat keine Ausbildung. [...] Bei uns war das zu Hause von meinem Vater her auch nicht, der hat uns eher so als Arbeitstiere gesehen, also mithelfen zu Hause. Er war später dann selbstständig, Antiquitätenhändler und da mussten wir halt mithelfen, die Kinder die drei großen sowieso. Sind fünf Kinder und ich bin die jüngste von fünf, und meine Schwester ein Jahr älter. Wir zwei haben's da noch nicht so viel, so hart abgekriegt, wie die drei großen.“ (t1, Z337-345)

Hans Kirch: „Das Haus [...] das hätte damals der Vater an neunzehnhundertfünfundsiebzig gebaut. Das haben wir ohne fremde Leistung alleine hochgezogen, innerhalb von sechs Wochen. [...] Wir haben morgens um sechs angefangen und abends um zehn aufgehört. [...] Aber das war wahn-sinnig, innerhalb von sechs Wochen, aber da hat jeder mitgeholfen. Also zwölf Stunden, da hätte keiner geschaut da war, irgendwo was drückt oder was da geht. Das war eigentlich eine ziemlich harte, harte Zeit. Ich war hab dann angefangen, wo wir fertig waren habe ich angefangen mit der Lehre als Maurer dann. Das war genauso hart, also von dem her war ich schon vorbelastet.“ (t2, Z231-248)

Übergreifend betrachtet, formt sich das Modell der immer arbeitenden Familie heraus. In diesen Familien wird Arbeiten allgemein und speziell im Beruf als eine selbstverständliche und tagesfüllende Tätigkeit erlebt. „Ich bin damit aufgewachsen“, (t2, Z402f) formuliert es Katharina Rieger, die damit beschreibt, dass in ihrer Familie immer gearbeitet wurde, da ihre Großeltern und Eltern gemeinsam ein Familiencafé betrieben. Diese Eindrücke waren für den befragten Personenkreis prägend für die eigene Haltung zu Arbeit. Hans Kirch spricht im vorangegangenen Beispiel von „Vorbelastung“. Dieser Begriff lässt sich in unterschiedliche Richtungen interpretieren: er kennt hartes Arbeiten von zu Hause und im eigenen beruflichen Leben. Gleichzeitig verweist er auf die körperliche Belastung, die hartes Arbeiten mit sich bringt, und findet für seine eigene Erkrankung vielleicht bereits eine mögliche ursächliche Erklärung in seiner Kindheit. Wie sich diese Prägung im eigenen Leben wiederfindet, kommt am Beispiel von Katharina Rieger besonders gut zum Ausdruck. In Frau Riegers Familie wurde „immer“ gearbeitet – früher im Familienbetrieb und später durchgängig in den einzelnen beruflichen Stationen ihrer

Eltern. Sie zieht Vergleiche zu ihrem Bruder, in dem sie seine intensive berufliche Tätigkeit schildert und anfügt „der braucht das aber glaub ich auch“ (t2 Z340f). Sie findet diese Einstellung auch bei sich selbst wieder. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang, dass auch ihr an Krebs erkrankter Vater weiterhin gearbeitet hat.

Katharina Rieger: „Immer, bis er gestorben ist ja. Ja das war schon immer so. [...] meine Mutter [...] also die hat ja die Witwenrente. Wird ja alles gestrichen und darf ja deswegen nicht aufstocken. [...] Ja gut, die braucht das auch, die liebt Ihren Job, die ist so ja? [...] ist da Fachverkäuferin und hat ja auch dann irgendwann mal den Wechsel geschafft. Die war au- ist auch so eine, wo lange irgendwo bleibt und macht und tut [...] Die liebt ihren Job auch. Das ist, ich glaub es geht gar nicht ohn- also ich könnt's nicht ohne.“ (t2, Z343-365)

Wert der Arbeit

In den Schilderungen der ‚arbeitenden Familie‘ kommt ein gewisser Stolz darüber zum Ausdruck, dass man durch eigene körperliche Arbeit etwas erschaffen hat; durch die Sichtbarkeit der Ergebnisse erlangt Arbeit einen unvergleichbaren Wert. Arbeit führt unmittelbar zu Erfolgserlebnissen, wenn etwas geschafft oder geschaffen wurde. Besondere Symbolik hat dabei das Haus, wie im vorhergehenden Zitat von Hans Kirch deutlich wurde. Auch Peter Hain greift in seiner Ausführung über den Stellenwert von Arbeit in seinem Leben den Hausbau auf:

Peter Hain: „Ja gut Arbeit. Ich mein das Haus ist selbst gebaut. Ich brauchte die Arbeit, um Geld zu verdienen. Ich habe gearbeitet, um das Haus zu bauen und insofern war natürlich Arbeit in jeder Richtung, sowohl im Privaten als auch im Geschäftlichen, natürlich immer sehr hoch im Stellenwert.“ (t2, Z491-494)

Sichtbarkeit erlangt Arbeit ebenfalls durch messbare Einheiten, wie dem Gehalt, den Stunden und Schichten, den vielen Aufgaben, die man gleichzeitig zu erledigen hat, dem Gewicht, das man heben muss und den Urlaubstagen, den Wochenenden und Pausen, die man für seine Arbeit opfert. Durch Spuren an Körper und Psyche wird die täglich verrichtete Arbeit sichtbar, wenn auch erst in späteren Jahren (vgl. Kapitel 4.2.1.1).

Brigitte Schulz¹⁰⁸: „Meine jüngste Tochter [...] die hebt ja auch Walzen. Die sind sechzig Kilos schwer, ne? Und ist eine Frau von - was wiegt sie wenn's hoch kommt fünfundfünfzig Kilo, groß schlank, ne? Schafft halt auch in der Männerwelt. Das ist die einzige Frau im Betrieb, ne? Und ich habe ihr auch (unverständlich), also ich gebe dir vielleicht noch fünf sechs Jahre und dann darfst du heimgehen, ne? Das ist nicht so einfach. Grad die Schicht-Schafferei, die Schwerheberei hab ich's, ich hab's auch immer gemeint wie ich jung war, [...] das wirst du merken später mal, wart noch.“ (t1, Z294-302)

¹⁰⁸ Diese Interviewpassage wie auch weitere Interviewauszüge werden an anderen Stellen der empirischen Ergebnisdarstellung erneut aufgeführt. Der Grund hierfür liegt in den vielschichtigen interpretativen Bezügen des Gesagten, die in unterschiedlichen Kontexten von Bedeutung sein können. Die hier aufgeführte Aussage bezieht sich auf die tätigkeitsbezogenen Beanspruchungen im Beruf (hier am Beispiel von Frau Schulz Tochter), die erst in späteren Jahren zu Beeinträchtigungen führen können. An anderer Stelle wird dieses Zitat erneut herangezogen, um die Rolle der Frauen im Beruf zu illustrieren.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Hinter dem sichtbaren Wert von Arbeit stehen darüber hinaus personenbezogene Werte wie Pflichtgefühl, Hilfsbereitschaft, Zuverlässigkeit und Kompromissbereitschaft, die in der Herkunftsfamilie vermittelt wurden.

Sabine Fesser: „Ich find das dann gut, dass wir zum Anpacken erzogen wurden und das ist förderlich. Das ist gut, tut dem Menschen gut. Arbeit tut gut, ja ja nö nö also, ist schon okay.“ (t2, Z579-581)

Fast alle Befragten können auf ein nahtloses Berufsleben mit vorhergehender Ausbildung zurückblicken. Einzige Ausnahme bildet Frau Schulz. Fallübergreifend wird eine Berufsausbildung als unhinterfragtes Element im beruflichen Lebenslauf dargestellt. Frau Fesser führt anhand ihres Neffen aus, wie eine Ausbildung auf die Persönlichkeit einwirken kann:

Sabine Fesser: „Bin froh, dass ich überhaupt eine Ausbildung gemacht hab. Finde es überhaupt wichtig, dass man eine Ausbildung macht, weil ist einfach förderlich für die Persönlichkeit, in jungen Jahren eine Ausbildung zu machen. Ich seh's jetzt auch an meinen Nichten und Neffen, die in einer Ausbi- der eine der hat Maurer, nein, Dachdecker, [...] genau, hat der jetzt Dachdecker (unverständlich). War eine harte Zeit. In der Zeit aber, es hat ihn einfach gut geformt. Ist so zuverlässig, stark, wenn die Oma ihn anruft und Hilfe braucht, steht der da. Da gibt's keine Ausflüchten und so. [...] Ich mach einfach die Beobachtung, auch bei welchen, die keine Ausbildung gemacht haben (unverständlich) ja, komm ich heut nicht, komm ich morgen. Also (unverständlich) weiß nicht, ob man das pauschal sagen kann, aber ich find schon, also die Beobachtung habe ich schon oft, es ist einfach gut, sehr gut für die Persönlichkeit für das weitere Leben von Mensch, wenn er in der Lehrzeit war.“ (t2, Z206-222)

Brigitte Schulz hat selbst keine Ausbildung; nach der Schule ging sie zum Geld verdienen direkt arbeiten. Umso wichtiger ist es ihr, dass beide Töchter eine Ausbildung absolvieren. Sie „hat alles dran gesetzt“ (t2, Z462), um für ihre beiden Töchter eine Lehrstelle zu finden. Ihre älteste Tochter rettet sie damit regelrecht aus einer Drogenkarriere: „Dann hat sie eine kaufmännische Lehre abgeschlossen. Dann hat sie sich gedreht um hundertachtzig Grad.“ (t2, Z452f) Um ihrer jüngsten Tochter die Lehre zu ermöglichen, fährt sie ihre Tochter täglich zwei Jahre lang morgens um fünf zur Arbeit, obwohl sie damit selbst eine Stunde zu früh auf ihrer eigenen Arbeitsstelle ist. Ihr Mann hat seine Tochter dann nach seiner eigenen Frühschicht wieder abgeholt.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang nochmals die tradierten Werte von Arbeit innerhalb der Familiengenerationen, ist ein Unterschied zwischen der älteren und der jüngeren Generation beobachtbar. Dieser Unterschied liegt in der zunehmenden Bedeutung der Qualität von Berufsarbeit, d. h. es geht nicht nur darum, im Berufsleben zu stehen, sondern auch darum, einem persönlichen Berufswunsch nachzugehen. Zu „ihrer Zeit“, so berichten Sabine Fesser (geb. 1969), Hans Kirch (geb. 1960) und Brigitte Schulz (geb. 1963) wurde von den Eltern verlangt, den Berufseinstieg schnellstmöglich ohne Rücksicht auf eigene Wunschberufe zu vollziehen. Ob man die Arbeit gern ausübt oder nicht, spielte dabei keine Rolle. In der heutigen Zeit, so die

Einschätzung der älteren Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, haben die jungen Menschen größere Freiheiten und setzen ihre Interessen selbstbewusst um. Sie können über Praktika in Berufe reinschnuppern (wie Katharina Rieger), alternative Berufswege entwerfen (wie im Fall von Claudio Osdorf) oder gar die Ausbildung wechseln: der älteste Sohn von Hans Kirch beginnt eine zweite Lehre, als er merkt, dass der Beruf als Landschaftsgärtner ihm keinen Spaß macht.

Hans Kirch: „[...] der älteste hat die erste Lehre als Landschaftsgärtner gemacht und jetzt lernt er Schlachter[...] Aber das hat er schon wählen, bevor er Landschaftsgärtner gemacht hat, hat er dann schon gewollt, aber meine Frau ist auch Fleischereifachverkäuferin [...] und jetzt hat er, naja drei Jahre Landschaftsgärtner gemacht. Hat er ein Jahr lang in der Gemeinde geschafft, auch als Bauhofmitarbeiter. Das hat ihm also überhaupt keinen Spaß gemacht. Hat er aufgehört und hat zweite Lehre angefangen. Muss ich sagen aber, das macht ihm wahnsinnig Spaß. Also fängt er morgens früh um fünf oder halb sechs fängt er an, also ohne Probleme. [...] also vorher als Landschaftsgärtner war's schon schwieriger für ihn.“ (t1, Z519-533)

An diesem Beispiel wird deutlich, dass innerhalb dieser Familie eine gewisse Berufsfeldprägung stattfand. Der älteste Sohn ergreift erst den Beruf des Vaters, dann den der Mutter. So können auch berufliche Tätigkeiten von den nachfolgenden Generationen fortgeführt werden. Im Folgenden wird es darum gehen, den Aspekt der Tradierung aufzugreifen, um den Blick auf die Einbettung späterer beruflicher Neuorientierungsprozesse zu schärfen.

4.1.1.2 Innerfamiliäre Parallelen und Abgrenzungen

„Normal wollt ich Krankenpfleger oder Rettungsassistent werden.“¹⁰⁹

Werden die in der Herkunftsfamilie vermittelten Werte und Einstellungen zu Arbeit näher betrachtet, zeigt sich für den befragten Personenkreis, dass sich einzelne Aspekte in ihrem eigenen Lebenslauf wiederfinden. Erkennbar sind dabei die Fortführung von Strukturen aber auch die Abgrenzungen zu familiären Traditionen. Eine besondere Facette dieser Abgrenzung bildet dabei die Emanzipation u. a. durch Berufstätigkeit, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

Fortführung von Strukturen und Abgrenzungsbereiche

Unter der Fragestellung, welche ähnlichen strukturellen Aspekte familialer Berufsbiographien im Leben der befragten Personen fortgeführt werden, findet sich der Aspekt einer angestrebten Kontinuität der Erwerbsarbeit bis zur Rente. Das Modell der immer arbeitenden Familie wird praktisch fortgeführt. Sowohl im eigenen Leben als auch im Leben der Kinder ist die implizite

¹⁰⁹ Claudio Osdorf, t1, Z200

Erwartung eines möglichst kontinuierlichen beruflichen Lebenslaufs erkennbar. Von erwerbsbiographischen Brüchen wird im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen berichtet, die eine Wiederaufnahme der Tätigkeit nicht erlauben. Katharina Riegers Vater hat bis kurz vor seinem Tod durch eine Krebserkrankung gearbeitet (t2, Z342ff). Auch Frau Schulz' Vater musste frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Brigitte Schulz: „Mein Vater war Fröhrentner [...] Der war aufm Bau und später war er bei der Schließen äh Wach-und Schließgesellschaft als Wachmann. Und das hat er dann gemacht, bis der dann seine Fröhrente gekriegt hat, beziehungsweise durch die Asthmaerkrankung, konnte er ja das auch nicht mehr ausführen, ne? Und mit fünfundfünfzig ist er dann gestorben.“ (t2, Z320-332)

Besonders greifbar wird das Streben nach einem kontinuierlichen beruflichen Lebenslauf am Beispiel von Frau Rieger, deren Eltern „immer“ (t2, Z346 und Z403) und lange in ihrem Job (t2, Z363) gearbeitet haben. Nur durch äußere Umstände (Wendezeit und Familiengründung) gab es in ihrer Familie Arbeitsplatzwechsel. Sie selbst arbeitete bisher ununterbrochen als Krankenschwester, morgens und abends kümmerte sie sich zwischendurch um ihre Pferde. Aktuell konfrontiert mit der Insolvenz ihres Arbeitgebers hat sie Angst, nicht mehr „unterzukommen“ (t2, Z366). Sie absolviert einen Bewerbungsmarathon einschließlich diverser Probearbeitsstunden. Schnell merkt sie, dass sie jederzeit als Krankenschwester Arbeit finden kann und sieht ihrer beruflichen Zukunft entspannter entgegen.

Katharina Rieger: „Zwischendurch hat man ja immer die Angst, so ich komme nirgends mehr unter oder aber das ist Quatsch.“ (t2, Z366f)

Die zweite Tradierungskomponente ist das Berufsfeld der Elterngeneration. Berücksichtigt werden muss hier natürlich die regionale Spezifik des Arbeitsmarktes und die damit eingeschränkte Wahlmöglichkeit des Berufs. Allerdings zeigt sich, dass mit Ausnahme von Frau Rieger, alle Befragten in ähnlich gelagerten Berufen arbeiten wie ihre Eltern; sei es im handwerklich-technischen Bereich (Herr Hain, Herr Kirch, Herr Osdorf) oder in der Hauswirtschaft (Frau Fesser). Bei Frau Schulz ist es weniger das Berufsfeld als die Tradition, ungelerten Tätigkeiten nachzugehen, die innerhalb der Familie fortgeführt wird. Um Geld zu verdienen, stiegen Brigitte Schulz und ihre Geschwister direkt nach der Schule ohne Ausbildung in das Arbeitsleben ein. Frau Schulz durchbricht mit der Ausbildung ihrer Töchter diese Tradition.

Schaut man gezielt auf die Seite der Abgrenzungsbereiche mit der Frage „Worin unterscheidet sich die berufliche Sphäre von denen der Elterngeneration?“ fällt in den Blick, dass sich eine Abgrenzung zu den elterlichen Berufen durch einen anderen Berufswunsch äußert – auch wenn dieser unerfüllt bleibt. Einzig Peter Hain und Katharina Rieger sprechen davon, ihrem Wunsch-

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

beruf nachgegangen zu sein. Sabine Fessers Wunsch, Hebamme zu werden, bleibt hingegen unerfüllt.

Sabine Fesser: „Also in unserer Familie (unverständlich) Kinder da war das früher noch nicht so, dass man nach Wunschberuf mit Praktikum und mal reinschnuppern. Ne Bekannte hat mir das empfohlen. Die suchen jemand und so bin ich da reingekommen. Also das war jetzt kein Wunsch nee, das war nicht mein Traumberuf. Mein Traumberuf wäre Hebamme.“ (t1, Z285-289)

Claudio Osdorf grenzt sich mit seinem Berufswunsch als Krankenpfleger/Rettungsassistenten deutlich vom Feinschlossergewerbe seines Vaters und Bruders ab und stellt sich damit insbesondere gegen den sehr strengen Vater. Er will sein „eigenes Ding“ (t1, Z275f) machen und nicht im Betrieb seines Vaters arbeiten wie einer seiner Brüder. Den Berufswunsch Krankenpfleger/Rettungsassistenten kann er allerdings auf Grund seines schlechten Hauptschulabschlusses nicht weiterverfolgen und entscheidet sich schließlich zur Ausbildung als Maurer, da er endlich Geld verdienen wolle (t1, Z217ff). Auch Herr Kirch wollte ursprünglich nicht Maurer werden:

Hans Kirch: „Mein Wunschberuf war damals Landmaschinenmechaniker. Das war mein Wunsch. Früher hat man ja keine Bewerbungen geschrieben. Da ist man zu dem Händler na oder zu der Firma, gefragt wie's aussieht, na ist okay kommst du zu mir. Also das war ein Halbjahr vorher und dann, sind wir nochmal paar Monate vorher [...] dann hat er gesagt, nein, ich kann dich nicht nehmen. Der andere [Bewerber, Anm. S.B.] hat einen neuen Schlepper gekauft. Ich muss den nehmen. Na ist ja kein Thema. Da hat der Vater ganz einfach gesagt, der war ja auch aufm Bau, wir gehen zu meinem Chef. [...] Am ersten August fängst Du an.“ (t2, Z303-313)

Im Kontext der Berufseinstiegsthematik wird seitens der älteren Generationen die Berufswahl zwar zufälliger und weniger an eigenen Interessen ausgerichtet beschrieben, aber der Einstieg in das Berufsleben erwies sich als informeller. Früher, so Hans Kirch, ging alles ohne Bewerbung – heute kann sein Sohn von Glück sagen, dass er überhaupt den einzigen Ausbildungsplatz im Betrieb bekommen konnte (t2, Z317ff). Brigitte Schulz hat ähnliches mit ihrer Tochter erlebt (t2, Z462ff). Auch Peter Hain beschreibt, wie schwer es für seinen Sohn war, einen Studienplatz zu bekommen (t2, Z461ff).

In der Gegenüberstellung von tradierten Strukturen und Abgrenzungsbereichen kommt dem Einstieg in das Berufsleben eine besondere Bedeutung zu. Innerhalb dieses Schnittstellenbereichs vereinen sich familiäre Prägungen mit realen Möglichkeiten, Pragmatismus mit individuellen Interessen. In einer Zusammenschau zeigen sich tendenziell (nicht immer trennscharf voneinander abgrenzbar) drei unterschiedliche Zugänge zum Berufsleben (Abbildung 15).

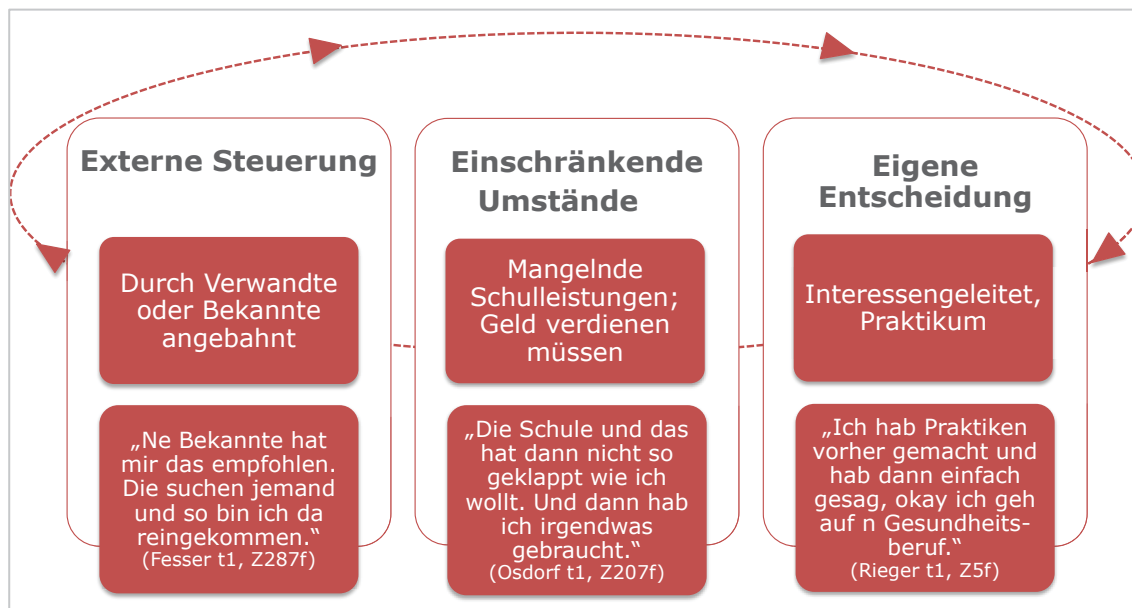


Abbildung 15: Spektrum der Zugänge zum Berufsleben

Vordergründiges Merkmal einer externen Steuerung ist die zufallsgeprägte externe Anbahnung der Entscheidung durch andere Personen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis. Es wird primär nach pragmatischen Gesichtspunkten entschieden, schnell und unkompliziert in eine Ausbildung zu gehen, und dabei sein eigentliches Berufsziel nicht weiter zu verfolgen. Ähnlich gelagert ist die Entscheidung durch einschränkende Umstände, d. h. externe Faktoren, die dazu führen, den Berufswunsch nicht ausüben zu können. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht. Im Gegensatz dazu steht die eigene interessengeleitete und aktive Suche nach einem Ausbildungsplatz. Auch kann diese Suche durch einschränkende Umstände scheitern, wenn bspw. kein freier Ausbildungsplatz vorhanden ist.

Emanzipation durch den Job und die Rolle der Frauen

Übergreifend ist festzuhalten, dass die interviewten Frauen eher frauenspezifische Berufe ergriffen (Kranken- und Altenpflege, Küchenkraft) und Männer die handwerklichen (Maurer, Stuckateur). Verknüpft mit den typischen Frauen- und Männerberufen ist der Grad der Qualifizierung, der wiederum das Einkommen bestimmt. Frau Schulz erwähnt, dass ihr Mann als Werkzeugmacher gut verdient und sie eigentlich auf ihr geringes Gehalt als Küchenhilfe nicht angewiesen sind.

Geschlechterunabhängig scheint die eigene Höherqualifizierung als Abgrenzung zu beruflichen Familientraditionen darzustellen. Sich abzugrenzen heißt hier, einen Bildungsaufstieg zu vollziehen; entweder in Form einer Ausbildung oder durch Weiterqualifizierungen innerhalb des

Berufes. Aus einer Verlaufsperspektive heraus kann dieser Prozess als ‚Emanzipation durch die Berufstätigkeit‘ bezeichnet werden, denn berufliche Tätigkeiten eröffnen Wege der persönlichen Weiterentwicklung und können damit die eigene Rolle in der Familie und im Kollegium verändern. Ein gutes Beispiel hierfür ist Claudio Osdorf, der durch seine Höherqualifizierung vom Maler zum Stuckateur und aktuell zum Bautechniker seine Fähigkeiten ausbaut. Damit sieht er gute Chancen, um mehr Geld zu verdienen (t1, Z228) und einer „variablen“ Arbeit nachzugehen (t1, Z 41). Gleichzeitig emanzipiert er sich vom „einfachen Arbeiter“ zum Fachexperten und erfährt Respekt vom ehemaligen Chef, von dem er sich in der Situation des Arbeitsunfalls im Stich gelassen fühlte:

Claudio Osdorf: „Und nach paar Gespräche und er hat sich dann auch regelmäßig oder ab und zu halt mal gemeldet, wie die Schule läuft. Und hat mir ab und zu auch mal geholfen in ’nen paar Fächern, Statik zum Beispiel. Und ja, so hat sich das dann, unsere Beziehung sag ich mal wieder verbessert und ich glaub, er tut mich jetzt auch mehr akzeptieren oder mehr, mehr mit Respekt behandeln. Also nicht nur der einfache Arbeiter, der ja aufm Bau ist halt, ja?“ (t2, Z327-332)

Mit diesem Selbstbewusstsein tritt er auch seinem Vater gegenüber anders auf:

Interviewerin:¹¹⁰ „Wie geht dein Vater mit seiner eigenen Gesundheit um?“

Claudio Osdorf: Der ist skrupellos. Also er ist, macht viel hobbymäßig in seiner Werkstatt. Er macht Schrottautos tut er renovieren, restaurieren und wenn er halt lackiert oder sonst irgendwas hat er keinen Mundschutz an oder die entsprechenden Sicherheits- macht er halt nicht. Und klar grad durch die Schule jetzt bei mir krieg ich das ja auch vermittelt, Sicherheit. Und wenn ich jetzt dann am Wochenende ab und zu mal daheim bin und sehe ihn in der Werkstatt, dann kriegt er halt von mir jetzt eine drauf. Also das sag ich ihm dann auch. Und ja so langsam [...] sieht er mich als voller Mann oder als richtige Person an, wo er auch mal zurück, ja?“ (t2, Z521-530)

Persönlich emanzipiert sich Katharina Rieger während ihrer ersten Berufsjahre durch ständige Auseinandersetzungen mit ihrer Kollegin. Inzwischen trägt sie im Team viel Verantwortung und wird von ihrem Chef sehr geschätzt. In einen anderen Job zu wechseln kann sie sich nicht mehr vorstellen.

Katharina Rieger: „Das erste Jahr war furchtbar. Sag ich Ihnen ganz ehrlich. Meine Arbeitskollegin war [...] ein Miststück. Also die war wirklich, die hat einem das Leben zu Hölle gemacht. Ich hab's erste Jahr glaub ich nur geweint nach der Ausbildung. Konnte mich aber auch nicht durchsetzen, das kam- irgendwann kam der Punkt wo ich dann gesagt hab so bis hier hin und nicht weiter [...] mittlerweile versteh ich mich gut mir ihr und ja man-irgendwann habe ich gelernt mich einfach durchzusetzen.“ (t1, Z212-216)

¹¹⁰ Claudio Osdorf äußerte bereits zum ersten Interview den Wunsch zum ‚Du‘ überzugehen, da es ihm so leichter fallen würde, von sich zu erzählen.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Eine besondere Facette von Emanzipation gegenüber Männern findet sich bei Brigitte Schulz. Sie ist sehr stolz auf ihre jüngste Tochter, die als Druckerin in der „Männerwelt“ mithalten kann:

Brigitte Schulz: „Meine jüngste Tochter [...] die hebt ja auch Walzen. Die sind sechzig Kilos schwer, ne? Und ist eine Frau von - was wiegt sie wenn's hoch kommt fünfundfünfzig Kilo, groß schlank, ne? Schafft halt auch in der Männerwelt. Das ist die einzige Frau im Betrieb, ne? (t1, Z294-298)

Ein weiterer Blick im Kontext der Rolle der Frau richtet sich auf die Position innerhalb der Familie. Insbesondere die beiden Frauen der älteren Generation betonen, dass es zu ihrer Jugendzeit nicht normal war, als Frau eine Ausbildung zu absolvieren. Frau Fesser vollzieht mit ihrer Ausbildung zur Hauswirtschafterin einen Aufstieg in demselben Berufsfeld ihrer Mutter, die ungelernt als Haushaltshilfe arbeitete. Brigitte Schulz blieb zwar ohne Ausbildung, wie ihre Mutter und Geschwister – wobei sie der Arbeit ihrer Mutter in der Familie große Bewunderung entgegenbringt – ging aber zum Arbeiten aus dem Haus, verdiente Geld und war nicht ‚nur‘ Mutter und Hausfrau.

Brigitte Schulz: „War nicht so, dass die [Geschwister von Frau Schulz, Anm. S.B.] jetzt so ausgepowert sind wie ich oder so im Berufsleben standen wie ich. Ich habe das gleich von Anfang an, nach der Ehe, wo ich dann wie die Kinder einigermaßen soweit war, habe ich dann wieder voll dringestanden.“ (t1, Z274-277)

Sie beweist es den anderen regelrecht, dass man Mutter, Hausfrau und erwerbstätig sein kann. Gleichzeitig bricht sie mit der Familientradition, in dem ihre Töchter eine Ausbildung machen, in die sie viel investiert hat: „Da habe ich alles drangesetzt.“ (t2, Z462) – eine Chance, die sie nie hatte.

Im Datenmaterial lässt sich übergreifend ein Modell der ‚arbeitenden Frau‘ finden, entweder als arbeitende Hausfrau oder berufstätige Mutter. Je nach Generation wird die im Beruf arbeitende Mutter als etwas Normales beschrieben, wenngleich die qualifizierte Berufstätigkeit der Mutter eher in den jüngeren Generationen auffindbar ist. Für die befragten Frauen mit Kindern oder mit Kinderwunsch ist es normal, im Berufsleben zu stehen. Frau Rieger hat dies in ihrer Familie vorgelebt bekommen:

Katharina Rieger: „Das heißt nicht, dass ich nicht arbeiten kann. Das habe ich ja mit meinen Eltern gesehen. Das geht. Es ist jetzt nicht so, dass [...] wenn ich sag, ich bin jetzt schwanger, ich muss da alles von mir werfen und kann nichts mehr anfassen weil, ich bin nicht krank. Ich bin dann einfa-krieg vielleicht irgendwann mal ein Kind, ja?“ (t2, Z684-688)

An diesem Beispiel wird zusätzlich deutlich, dass es eine Herausforderung sein kann, private Lebensbezüge und berufliche Verläufe aufeinander abzustimmen. Diese Aushandlung zwischen dem Privatleben und der Erwerbsarbeit wird im folgenden Kapitel in den Mittelpunkt gestellt.

4.1.2 Leben, Beruf und Arbeitswelt

In den Darstellungen der individuellen Erwerbsverläufe vor dem Zeitpunkt der gesundheitsbedingten Unterbrechung des Erwerbslebens fällt bei allen befragten Personen auf, dass eine ständige Aushandlung zwischen Lebensplänen außerhalb der Erwerbsarbeit und beruflichen Verpflichtungen stattgefunden hat. Diese „Aushandlungen im Lebens- und Berufsverlauf“ werden im ersten Unterkapitel beleuchtet und dabei insbesondere auf den Balanceakt alltäglicher Anforderungen im Privat- und Berufskontext eingegangen. Das zweite Unterkapitel „Die Arbeitswelt“ widmet sich differenziert der individuellen Arbeitswelt der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, da diese einen Rahmen dieser Aushandlungsprozesse bildet.

4.1.2.1 Spannungsfelder und Orientierungsrahmen im Lebens- und Berufsverlauf

„Eigentlich möchte ich jetzt dann Kinder.“¹¹¹

Die Spannungsfelder im Lebens- und Berufsverlauf treten in den Erzählungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sehr offen hervor. Die Betrachtung dieser unterschiedlichen Spannungsfelder und Aushandlungsprozesse in zurückliegenden Lebens- und Berufsverläufen erschließt wesentliche Erfahrungsdimensionen, die in der aktuellen Situation, in der sich die Betroffenen befinden, einen Orientierungsrahmen für die Auseinandersetzung mit privaten und beruflichen Zukunftsszenarien darstellen können. Dieser Orientierungsrahmen wird im Anschluss herausgearbeitet.

Spannungsfelder in zurückliegenden Lebens- und Berufsverläufen

Die in den Interviews geschilderten zurückliegenden Spannungen zwischen der privaten und der beruflichen Sphäre beziehen sich auf die Schnittmengen Beziehungen, Zeit, Ort und Lebenspläne. Beziehungen im Arbeits- und Privatleben stellen dabei nur eine kleine Schnittmenge dar, denn von Freundschaften mit Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen wird nichtexplizit berichtet. Ein gutes Arbeitsklima, z. B. durch gegenseitige Unterstützung im Kollegium hingegen erscheint als sehr wichtig für das eigene Wohlbefinden und die Arbeitsmotivation und

¹¹¹ Katharina Rieger, t1, Z314f

–zufriedenheit zu sein (vgl. Kapitel 4.1.2.2). Bei den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern lassen sich zahlreiche Beispiele finden, wie belastend ein fehlendes Vertrauensverhältnis im Kollegium und zum Chef sein können.

Brigitte Schulz: „Ich habe das so oft schon erlebt. Also zum Schluss ist der Chef gekommen und hat gesagt, ich soll mir überlegen, ob das der richtige Beruf ist für mich, ne? Und hat die Arbeitskollegen noch aufgehetzt, wenn's Probleme gibt, [...] also ich als Filialleitung, wenn die irgendwas gesagt haben, die sind so rumgerannt, habe ich einen auf den Deckel gekriegt, von wegen ich tät die Arbeitskollegen vergraulen und und und. Und war fünf Jahre in den Betrieb drinnen [...] ja und da habe ich auch zum Schluss, habe ich auch gesagt also, auf die Art und Weise kannst halt nimmer schaffen. War's Vertrauen weg. Habe ich alles schon erlebt und immer wieder. Habe ich alles geschluckt, schon immer alles mit heimgenommen und immer wieder habe ich mich durchgebissen. War ich war zum Schluss trotzdem fünf sechs Jahre in dem Betrieb drin, auch wenn's manchmal bis hier gestanden hat. Hab's aber immer alles geschluckt.“ (t1, Z502-516)

Zeit ist ein zentrales Element in den Erzählungen des befragten Personenkreises, wenn sie über ihren Alltag berichten. Die Berufstätigkeit strukturiert und dominiert den Alltag in zeitlicher Hinsicht, und die individuelle Arbeitszeit ist wiederum abhängig von Produktionszeiten, Schichten, Öffnungszeiten oder – wie im Falle vom Gemeindearbeiter Hans Kirch – sogar von den Jahreszeiten. Die verbleibende private Zeit muss um die Berufsarbeitszeit herum organisiert werden. Peter Hain beispielsweise kann es einrichten, in seiner Mittagspause nach Hause zu fahren, um mit der Familie gemeinsam Mittag zu essen (t1, Z306ff). Grundsätzlich wird beklagt, zu wenig Zeit für private Unternehmungen und die Familie zu haben. Private Zeit ist wertvolle Zeit – Urlaub und Wochenende dienen der Regeneration bis es „montags wieder von vorne losgeht“ (Peter Hain, t2, Z747).

Brigitte Schulz: „Morgens um fünf bin ich weg, abends um acht etwa bin ich heimgekommen. Wochenende habe ich auch gearbeitet. Weihnachten war auch Tagesordnung. Ostern, also Wochenende hat's so gut wie keins gegeben. Sonntags haben wir halt Hausarbeit gemacht, und Kinder versorgt. Zum größten Teil hat der Mann auch die Kinder mitversorgt. Der war ja auch im Vierschichtsystem, ne? Das haben wir dann beide gemeistert, ja? Das habe ich dann fünf Jahre habe ich das gemacht. Da habe ich, roundabout achtzig Stunden Woche gehabt, ohne Freizeit, ohne Urlaub.“ (t1, Z18-25)

Katharina Rieger: „Also ich hatte jetzt den Stall, der war jetzt von hier aus dreißig Kilometer weit weg. Da bin ich halt- ja ich bin jeden Morgen hochgefahren. Hab die erste Runde gemacht, geguckt ob's allen gut geht. Dann bin ich zum Arbeiten, hab dann meine acht, neun, manchmal zehn Stunden gemacht, dann wieder Stall.“ (t2, Z127-131)

Das letzte Beispiel verweist auf ein weiteres Spannungsfeld, was sich in den Schilderungen über den Alltag des Personenkreises dieser Studie immer wieder angedeutet hat. Das Spannungsfeld des Ortes, d. h. die vielfältigen privaten und beruflichen Verpflichtungen auch räumlich zu vereinbaren. Die Nähe zwischen dem Wohn- und Arbeitsort wurde als ein positiver Aspekt in diesem Zusammenhang herausgestellt.

Ein Spannungsfeld, von dem insbesondere die Frauen berichten, betrifft die Schwierigkeit, Familie und Beruf gleichermaßen gerecht zu werden. Das Familienleben ist beiden Elternteilen wichtig, und der Familienalltag wird, so ist es den Aussagen zu entnehmen, von beiden Partnern gemeinsam bestritten. Allerdings zeigt sich im Hinblick auf Karriere- und Familienplanung, Arbeitsalltag und Kinderversorgung und/oder Pflege von Angehörigen, dass es in der Regel die Frauen sind, die Kompromisse eingehen (müssen). Katharina Rieger beschreibt ihren Konflikt zwischen Familienplanung und einer beruflichen Chance, die sich ihr vor einiger Zeit bot, folgendermaßen:

Katharina Rieger: „Auch in der Klinik - ich hätte bleiben können, [...] und da hätte ich auch auf Station können. [...] Ja, es wäre halt ein einfaches Arbeiten gewesen. Definitiv. [...]

Interviewerin: Warum wollten Sie das nicht machen damals?

Katharina Rieger: Weil ich eigentlich gesagt hab, also er hat mir das angeboten. Erstens mal hat mich mein Arbeitgeber nicht rausgelassen aus meinem Vertrag? Ich habe mittlerweile ein halbes Jahr Kündigungsfrist? [...] Auflösungsvertrag wollten sie nicht machen. Und die haben dann gesagt, ja so vier Monate würden sie schon warten, aber dann und dann habe ich gesagt und eigentlich wollen wir auch Kinder, und das fände ich jetzt einfach nicht fair zu wechseln und zu sagen so, ups jetzt habe ich grad bei euch angefangen, und das möchte ich nicht. Das könnte ich mit meinem Gewissen nicht vereinbaren.“ (t1, Z332-346)

Ein weiteres Beispiel für einen eingegangenen Kompromiss in diesem Kontext findet sich bei Brigitte Schulz, als ihre Kinder noch klein waren. Mit dem Eintritt der Kinder in den Kindergarten wollte sie wieder halbtags in das Arbeitsleben einsteigen. Die Schwiegermutter betreute beide Töchter nach dem Kindergarten, da Frau Schulz' Ehemann auch im Schichtdienst arbeitete. Doch schließlich musste sie sich gegen dieses Modell entscheiden.

Brigitte Schulz: „Da habe ich dann Schichten geschafft. Das hätte dann auch nicht funktioniert von den Kindern her. Ich habe sie müssen zu der Schwiegermutter bringen, abends, wenn ich heim gekommen bin sind sie aus dem Schlaf gerissen worden, habe ich sie müsse mit Heim nehmen. [...] Das habe ich dann ein halbes Jahr gemacht, wo ich dann gesagt hab, das hat keinen Wert.“ (t2, Z409-413)

Kompromisse musste sie zudem bei ihrem eigenen Berufswunsch eingehen:

Brigitte Schulz: „Ich wollt immer mal Köchin lernen, ja? Da habe ich mal so Fernschulung absolviert. Ich habe mal angefangen ja als Köchin, aber da bin ich so kurz vorm Abschluss bin ich ja groß nicht mehr zum Lernen gekommen. [...] Ich habe zwölf dreizehn, vierzehn Stunden geschafft. Ich bin zum Lernen gar nicht komme. Ich habe eine achtzig Stunden Woche gehabt. Dann macht man nix mehr, wenn man heimkommt.“ (t2, Z277-282).

Abbildung 16 führt die Spannungsfelder abschließend unter Hinzunahme beispielhafter Interviewausschnitte zusammen.

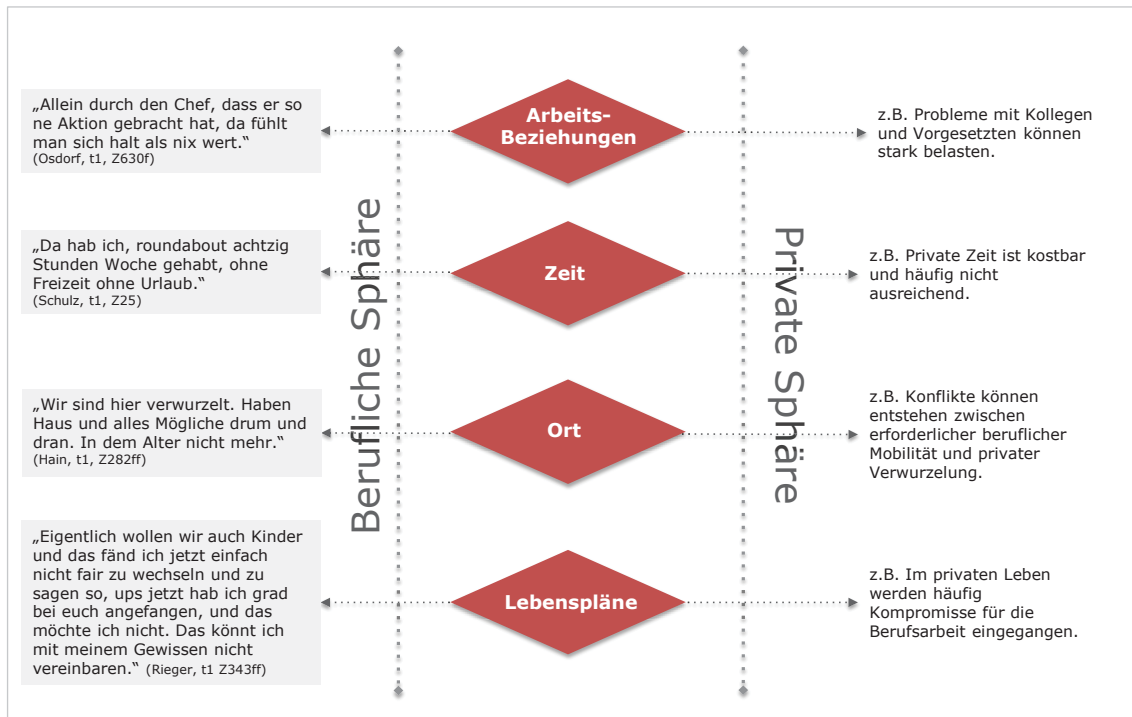


Abbildung 16: Spannungsfelder zwischen der beruflichen und privaten Sphäre

Auf Grund des besonderen Settings der Interviews (Rehabilitationsklinik, gesundheitliche Krise, unsicherer beruflicher Verlauf) stellen diese Spannungsfelder natürlich nur einen Lebensausschnitt dar, aber insbesondere wegen der verstärkten Herausstellung dieser Spannungen und zurückliegender krisenhafter Erfahrungen im Lebensverlauf durch die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner können diese Aspekte als ein leitender Orientierungsrahmen für die aktuelle Situation interpretiert werden.

Orientierungen und Leitbilder

An den vorangegangenen Ausführungen konnte gezeigt werden, dass Spannungen zwischen der beruflichen und privaten Sphäre insbesondere dann auftraten, wenn z. B. ungünstige Kontextfaktoren die eigenen Lebenspläne durchkreuzten oder zwischenmenschliche Probleme im Arbeitsumfeld auch das Privatleben beeinflussten. Anhand dieser zurückliegenden krisenhaften Lebensausschnitte werden Bezugspunkte sichtbar, die einen Orientierungsrahmen für die Bewältigung der aktuellen Situation darstellen und sowohl in der beruflichen als auch in der privaten Sphäre angesiedelt sind. Die interpretative Aufschlüsselung der krisenhaften Erfahrungen auf individueller Ebene kann zu diesen übergeordneten Erfahrungsräumen verdichtet werden:

- **eingeschränkte berufliche Selbstverwirklichung:** Wunschberuf nicht erfüllbar, nicht selbst initiiertes Tätigkeitswechsel, Unterforderung im Beruf

- **Problemkonstellationen im beruflichen Kontext:** schlechtes Arbeitsklima, als belastend erlebte Anforderungen durch Tätigkeit und Arbeitsprozesse
- **tätigkeitsbezogene gesundheitliche Probleme:** körperliche und psychische Belastungen
- **Problemkonstellationen im privaten Kontext:** Pflege von Angehörigen, Probleme in der Familie
- **eingeschränkte persönliche Selbstverwirklichung:** wenig Zeit für Familie und Hobbies

Bezogen auf die Frage, welchen Orientierungsrahmen diese krisenhaften Erfahrungsräume nun für die aktuelle Situation bilden, ist in einem ersten Schritt der Blick auf die Strategien zielführend, die die Betroffenen den jeweiligen Herausforderungen entgegenbrachten. In Bezug auf die eingeschränkte berufliche Selbstverwirklichung sind unterschiedliche Wege erkennbar. Entweder werden nicht erfüllte Interessen im beruflichen Kontext (zunächst) nicht mehr explizit weiterverfolgt, sich durch Weiterbildungen diesem Bereich angenähert oder in die private Sphäre verlagert.

Hans Kirch: „Eigentlich wollt ich Landmaschinenmechaniker werden, hab- hab das eigentlich noch nicht zu aufgegeben. Ich bin immer noch der richtige (unverständlich) und mach das heut noch gern, ich mach die ganze Maschine selber daheim. Und das hat jetzt praktisch der Kleine von mir schon übernommen. Der, der lernt Industriemechaniker, der ist jetzt schon am Schweißen am Reparieren.“ (t1, Z557-561)

Selbstinitiierte, aber auch erforderliche fremdgesteuerte Berufswechsel (z. B. durch betriebsbedingte Kündigung) werden in den Erzählungen als Stationen im Lebenslauf verortet, d. h. sie erfahren in diesen Erzählmomenten keine besondere Bewertung. Als kritisch erlebt wurden in im Zusammenhang mit selbstinitiierten Wechseln hingegen die vorausgegangene Unzufriedenheit. Ein Arbeitsplatzwechsel wurde als einziger Ausweg aus dieser Situation gesehen.

Brigitte Schulz: „Dort in der Metzgerei war ich dann anderthalb Jahre, bis ich dann gemerkt hab- stopp jetzt musst die Notbremse ziehen. [...] Dann habe ich von mir aus selber im Juni zweitausendzehn war das, in der Metzgerei gekündigt und hab zum Mann gesagt, ich geh jetzt lieber putzen, bevor ich noch in den Verkauf gehe. Und das hat er auch dann aber akzeptiert. Ich war dann vier Wochen daheim und hab dann als Putzfrau in der Firma, wo ich jetzt bin angefangen als Putzfrau.“ (t1, Z41-53)

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Problemkonstellationen im betrieblichen Kontext wird übergreifend die Tendenz sichtbar, Probleme im Team oder im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen lange Zeit nicht zu thematisieren. In Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Situation konnten persönliche Konflikte gelöst werden oder bestehen bis heute.

Peter Hain: „Menschlich kann man den Mann [sein Vorgesetzter, Anm. S.B.] vergessen. So von wegen, wie geht's denn, gut erholt oder so irgendwas, da warten Sie vergeblich drauf.“ (t2, Z95-97)

Auf die Strategien in Bezug auf gesundheitliche Belastungen wird differenziert in Kapitel 4.3.2.3 eingegangen. Doch an dieser Stelle sei bereits darauf verwiesen, dass im Rückblick auf

die berufliche Biographie vielfach von gesundheitlichen Belastungen berichtet wird, denen primär mit den Strategien des Aushaltens, Regulierens und Normalisierens begegnet wurde, die – so wird rückblickend reflektiert – die gesundheitlichen Probleme eher verstärkt haben.

Anforderungen des Familienlebens wie die Pflege von Angehörigen oder Lebenskrisen von Angehörigen wurden als zusätzliche Belastungen empfunden, die nur unter hohen Ressourcenaufwand bewältigt werden konnten bzw. noch aktuell bestehen. Hier zeigt sich, dass sich im Bereich des privaten Lebens die soziale Unterstützung im Familienkreis als zentrale Ressource für die Bewältigung dieser Anforderungen erwiesen hat bzw. diese Ressource bedeutsam ist, wenn es darum geht, die aktuelle Krisensituation zu bewältigen (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Anders verhält es sich mit dem bereits dargestellten Spannungsfeld der Zeitressource, das als bisher unlösbar beschrieben wurde. Es werden rückblickend kritische Momentaufnahmen geschildert, die sich darauf beziehen, wenig Zeit für die Familie und Hobbies zu haben. In der Regel wurden hier Kompromisse auf Kosten des privaten Lebensbezugs eingegangen.

Brigitte Schulz: „Wenn im Urlaub oder sonst irgendwas gehabt hättest oder einen freien Tag hast, ist braucht nur einer anrufen, war ich fort im Geschäft. Ein Familienleben war das nicht mehr. [...] Freizeit hat's hat's gar keine gegeben. [...] Spazieren gehen mit dem Mann oder mit den Kindern sonntags das war, an das war nicht zu denken.“ (t1, Z102-106)

Im Gegenzug dazu werden die verbliebenden Phasen mit der Familie als besondere Highlights herausgestellt.

Peter Hain: „[...] da haben wir uns schon drauf gefreut. Das sind unser Jahresurlaub [...] weil meine Frau schafft selber in der Klinik. [...] Das heißt, die hätte jetzt auch nicht so problemlos den Urlaub bis um ein paar Wochen verschieben können. [...] und das ist natürlich ja auch eine langfristige Planung. Und wenn der jetzt komplett ausfällt, das wäre natürlich schlecht. Zwischendrin kriegen wir nix mehr rein. Der nächste ist erst wieder im Oktober und das ist dann ne lange Zeit, wenn man sich drauf eingestellt hat.“ (t1, Z338-358)

Aus welchen Komponenten besteht nun dieser Orientierungsrahmen, auf den in der aktuellen Situation zurückgegriffen werden kann? Orientierungen umfassen auf der einen Seite positive Erfahrungen, die darauf beruhen, dass die eigenen Probleme aktiv gelöst werden konnten, wie z. B. Konflikte im Team oder die Unzufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit insgesamt. Diese Erfahrungen können, neben Ressourcen wie eine hohe soziale Unterstützung, eine wichtige Ressource in diesem Orientierungsrahmen darstellen. Kritisch geprägt blieben auf der anderen Seite die Erfahrungen, in denen keine Lösungsansätze gefunden wurden, wie bspw. im Falle des schlechten Verhältnisses zu Vorgesetzten, als belastend erlebte Arbeitsprozesse oder Tätigkeiten und letztlich die als unlösbar erscheinenden gesundheitlichen Problemkonstellationen und fehlenden Zeitressourcen. Eine wichtige Erkenntnis im Zusammenhang mit den rekonstruierten

lebensweltlichen und berufsbezogenen Herausforderungen ist, dass diese von allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern in allen Lebensphasen erlebt wurden.

In den Schilderungen der zurückliegenden kritischen Erfahrungen werden zentrale Bezugspunkte deutlich, die entweder direkt benannt wurden wie bspw. die Familie, oder sichtbar wurden, weil die jeweiligen Situationen von diesen Bezugspunkten abwichen und dadurch als kritisch erlebt wurden. Diese Bezugspunkte verweisen auf

- eine hohe berufliche Identität,
- die erforderliche Entsprechung des Berufs mit dem eigenen Typ und der angestrebten Selbstverwirklichung,
- die notwendige Sinnhaftigkeit der Tätigkeit,
- die Erwartung, bis zur Rente zu arbeiten,
- sinnstiftende Lebens-Ankerpunkte in Familie, Religion oder Hobby,
- unveränderbare Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit sowie
- Gesundheitskonzepte, insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen tätigkeitsspezifischen Anforderungen und dem Umgang mit dadurch bedingten gesundheitlichen Problemen.

Zusammen mit den positiven und negativen Erfahrungen bilden diese Bezugspunkte die Eckpfeiler dieses Orientierungsrahmens. Sie stellen wichtige Ressourcen im Umgang mit der aktuellen Situation dar und verweisen zugleich auf mögliche hemmende Einflussfaktoren im Umgang mit der aktuellen Situation.

Im vorhergehenden Kontext der Lebens- und Berufsverläufe wurde erkennbar, welche bedeutende Rolle die Arbeitsbedingungen und Anforderungen der eigenen Erwerbsarbeit im Wechselspiel zwischen Privat- und Berufssphäre einnehmen. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, die individuelle Arbeitswelt systematisch in den Fokus der Analyse zu rücken. Das nachfolgende Kapitel geht auf diesen Schwerpunkt ein.

4.1.2.2 Die Arbeitswelt

„Also ein klein wenig Risiko muss immer sein“¹¹²

In den Schilderungen des befragten Personenkreises zu beiden Interviewzeitpunkten finden sich vielfältige Merkmale der Arbeitswelt, die sich in den folgenden Ausführungen zunächst auf die Rahmenbedingungen und Anforderungen für die Beschäftigten beziehen. Ableitend davon werden Risiken der Erwerbsarbeit als Merkmal der Arbeitswelt beschrieben und Faktoren von Ar-

¹¹² Hans Kirch, t1, Z51

beitszufriedenheit herausgearbeitet. Erfahrungen mit dem Kranksein in der Arbeitswelt bilden den abschließenden Aspekt des Kapitels.

Rahmenbedingungen und Anforderungen

Eine Rahmenbedingung stellt die zunehmende Ökonomisierung der Erwerbsarbeit dar. Übersetzt auf die Kontexte der Einzelnen heißt es, unter knappen Ressourcen (z. B. Personal, Zeit, Material) täglich zu arbeiten. Im Hinblick auf Personalressourcen schildert Hans Kirch (Gemeindearbeiter), dass die Gemeinde auf Grund von Geldmangel am Personal spart. Früher wurden freie Stellen mit fest angestellten Mitarbeitern besetzt; heute erfolgt keine Nachbesetzung oder wenn, dann mit Zeitarbeitern, ‚Ein-Euro Jobbern‘ oder schwer vermittelbaren Jugendlichen.

Hans Kirch: „Wir sparen, wir sparen. Und alle Bürgermeister sparen. Jetzt eben geht einer, war, ist vor ein paar Jahren in Rente gegangen, wird nur über, Hartz-Vier Empfänger aufgefangen, weil jetzt geht wieder einer in Rente; es könnte sein, dass die Stelle ausgeschrieben wird. Es könnte sein, jetzt wird [...] über den Sommer durch Rasenmäherzeit werden sie zwei oder drei Leute anstellen, Zeitvertrag vier Monate oder so und dann ist das Ding fertig wieder. Also es ist nur auf Zeit, Leiharbeiter.“ (t2, Z74-79)

Für die festen Mitarbeiter stellt diese Tendenz eine zusätzliche Belastung dar, so z. B. durch Mehrarbeit, hohe Fluktuation und ständige Einarbeitung neuer Kollegen, die nach kurzer Zeit wieder gehen. Unter dem Blickwinkel der Ökonomisierung lässt sich eine Verdichtung der Tätigkeiten feststellen. Arbeitsabläufe sind eng aufeinander abgestimmt und sollten nicht unterbrochen werden. Frau Rieger lässt daher häufig ihre Pause ausfallen:

Katharina Rieger: „Man arbeitet den ganzen Tag. Macht ja meistens doch länger, macht keine Pausen. Das geht in dem Beruf auch nicht. [...] Man hat den Patienten auf dem Tisch. Man kann jetzt nicht sagen, so, ich lass das jetzt mal alles stecken, ich geh dann mal Mittag essen.“ (t1, Z33-36)

Auf Grund des fehlenden Personals stellen Urlaubszeiten und Krankheitsphasen eine Mehrbelastung für die Kolleginnen und Kollegen dar. Aus Rücksicht streben die Befragten an, Krankheitsausfälle zu vermeiden „man wollte die Leute auch nicht hängen lassen.“ (Frau Rieger, t1, Z73). Peter Hain hatte früher acht Mitarbeiter, heute sind es nur noch „zwei Teilzeitfrauen [...] eine davon ist jetzt seit Anfang des Jahres krank.“ (t2, Z290f) Überstunden werden so schnell zum Normanfall. Ein sehr extremes Beispiel gibt Brigitte Schulz, die für die Arbeit ihr Familienleben, Urlaub und Freizeit opfert:

Brigitte Schulz: „Ist aber auch bei sechs Stunden wiederum nicht geblieben. Dann hat’s angefangen mit Events, wie Hochzeiten, Geburtstage, Veranstaltungen, Privatveranstaltungen. Muttertag hast sonntags müssen auch schaffen. Also wir haben dann morgens, wenn so was war um achte morgens angefangen bis nachts eins, zwei. Dann sind wir heim schlafen und nächsten Morgen hast

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

dann wieder um acht in der Kantine gestanden bis nachmittags um sechzehn Uhr. Im halbe Jahr hat's dreihundert Überstunden zusammengeklappt.“ (t1, Z55-61)

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie wichtig genügend Zeit für die Qualität der Arbeit ist. Claudio Osdorf ist als Maler auf dem Baubetrieb ständig unter Zeitdruck, denn Zeit ist Geld (t2, Z312). Gleichfalls betont er, wie wichtig ein gutes Betriebsklima ist: „Du musst dich als Arbeiter auch wohl fühlen im Betrieb und nicht nur schaffen.“ (t2, Z313f)

Insgesamt erfordert die Erwerbsarbeit von den Beschäftigten, unter den gegebenen Rahmenbedingungen des Zeitdrucks und der Mehrarbeit stets gute Leistungen zu erbringen. Teils erwarten die Beschäftigten es selbst von sich, teils werden diese Leistungen vom Arbeitgeber eingefordert. Solange die externen Erwartungen erfüllt werden, wird man akzeptiert. Dieses Anforderungs-Leistungs-Gleichgewicht gerät aus der Balance, wenn durch z. B. eine längerfristige Erkrankung und daraus folgende Leistungseinschränkungen nicht mehr die eigenen oder externen Erwartungen erfüllt werden können. Häufig setzt an diesem Punkt eine Negativspirale ein, d. h. es wird über die eigenen Grenzen hinweg weiter gearbeitet, und die Gesundheit verschlechtert sich zunehmend (vgl. Kapitel 4.2.1.1). Übergreifend bezeichnen „Druck“ und „Stress“ das Verhältnis zwischen Anforderungen und Leistbarem. Subjektiv empfundene hohe Anforderungen gehen bei diesem Personenkreis tendenziell mit einer hohen Verausgabung in der beruflichen Tätigkeit einher. Eingebettet ist dieses Empfinden in eine mangelnde Einflussnahme auf diese Anforderungen (vgl. Kapitel 4.3.2.1). Das Spektrum reicht von höheren Umständen (Einsatz zu jeder Jahreszeit: Hans Kirch) über standardisierte Arbeitsabläufe (Patientenversorgung: Katharina Rieger) bis hin zu steigenden Anforderungen (Anstieg von 6 auf 12 Arbeitsstunden: Brigitte Schulz). Druck entwickelt sich zu negativem Stress und kann zur Belastung für die bzw. den Einzelnen werden. Dies wird nicht nur selbst erfahren, sondern auch im nahen Umfeld beobachtet:

- Als Altenpflegerin, so erlebt **Sabine Fesser** es bei ihren Kolleginnen und Kollegen, hat man leider wenig Zeit, sich um die menschlichen Bedürfnisse der Klienten zu kümmern.
- **Peter Hain** beschreibt den Arbeitsalltag seiner Tochter und seines Sohnes als sehr stressig. Die Tochter ist Erzieherin und psychischem Stress ausgesetzt (t2, Z386). Sein Sohn muss sich als Berufsanfänger den Anforderungen seines Arbeitgebers anpassen und viele Überstunden leisten (t2, Z343ff).
- Nach 27 Jahren als Kfz-Mechaniker wechselte ein heutiger Gemeindearbeiter-Kollege von **Hans Kirch** den Beruf. Der Stress wurde ihm zu groß „weil Zeitvorgabe als Kfz-Mechaniker, dann muss er erst den Fehler suchen, aber da ist die Zeit schon wieder abgelaufen [...] Er ist mit dem nicht mehr klargekommen.“ (t1, Z380-382).
- **Claudio Osdorf** spricht vom „Stressfaktor auf'm Bau“ (t1, Z85) bedingt durch den hohen Zeitdruck, den er und seine Kollegen täglich erfahren.

- **Katharina Rieger** beschreibt, wie häufig neue Kolleginnen ihre Station wieder verlassen haben, weil ihnen der Stress zu groß wurde (t1, Z191ff).
- Aus ihrem aktuellen Arbeitszusammenhang der Betriebsküche berichtet **Brigitte Schulz** von anderen Kolleginnen und Kollegen, die auf Grund des Drucks freiwillig gegangen sind (t1, Z388; t2, Z547) oder gemobbt wurden (t1, Z376ff).

Belastung kann eine hohe Solidarität unter den Mitarbeitern erzeugen; man verbündet sich regelrecht gegen den erlebten Stress „das schweißt [...] zusammen.“ (Katharina Rieger, t2, Z229) und unterstützt sich gegenseitig (Hans Kirch, t1 Z99ff). Claudio Osdorfs Kollegen raten ihm schon früh, „weg vom Bau“ zu gehen – sie schätzen den Stressfaktor für ihn zu hoch ein (t1, Z80ff). Auf der anderen Seite kann sich der Arbeitsdruck in einem negativen Arbeitsklima entladen, bis hin zum Mobbing. Brigitte Schulz beschreibt das Klima in der Betriebsküche folgendermaßen:

Brigitte Schulz: „Der eine Arbeitskollege, wo ich gehabt habe das war unser Jungkoch. Den hat sie fast über ein ganzes Jahr gemobbt. Zu dem hat sie gesagt, der hat auch nie jetzt richtig gemacht, hat immer nur geheißt, des sei ein Depp, sei Idiot, sei Volldepp. Da sind Worte gefallen, die waren unter der Gürtellinie.“ (t1, Z376-379)

Eine weitere Rahmenbedingung der Berufsarbeit ist die Bürokratisierung. Es gibt Vorgaben und Richtlinien aus der Verwaltung, die eingehalten werden müssen, aber gleichzeitig halten sie auf, sind ressourcenbindend und zudem nicht immer nachvollziehbar. Peter Hain schildert, dass sein Chef häufig „irgendwas“ dringend braucht, diese „Aufstellung und diese Auswertung (...) wieder irgendwelche Zusammenfassungen (...) was halt wieder mordsmäßig aufwendig ist“ (Peter Hain, t1, Z407-409). Die Verwaltung (und zum Teil auch deren Mitarbeiter) wird als etwas Abstraktes, Intransparentes und teilweise Irrationales, dem eigenen praktischen Handeln Entgegengesetztes erlebt. Frau Rieger führt ihre Erfahrungen mit der Verwaltung im Zusammenhang mit der Materialknappheit im klinischen Alltag weiter aus:

Katharina Rieger: „Wir sind was Material angeht jetzt eh recht runtergefahren. Schon die ganze Zeit. Ja das ist ja unglaublich. Wir kämpfen ja um jeden Draht und jeden Ballon und das furchtbar, Verwaltung hat keine Ahnung. Immer diese: ja braucht ihr das wirklich? Ähm nein, wir brauchen natürlich nicht. [...] Wir spie- ja ja wir spielen auch so damit und hängen uns das um die Kö- ich weiß ja nicht, was die sich denken.“ (t2, Z573-581)

In der alltagspraktischen Arbeit müssen diese Regeln und Regularien erlernt und Dokumentationen – auch wenn sie die eigentliche Arbeit aufhalten und belastend sind – erbracht werden. Dennoch gibt es Gestaltungsspielräume, die nach und nach ausgelotet werden und einen wichtigen Kern der Arbeitserfahrung darstellen. Der Fall von Hans Kirch verdeutlicht diesen Aspekt:

Hans Kirch: „Am längsten bin ich ja schon bei der Kolonne dabei. Schon über dreißig Jahre. Und meistens, wenn was ist dann, sag ich Bauhöfführer [...] und dann bin ich immer derjenige wo ich sagen muss, halt das müssen wir so oder so mache. Also ich mach schon mehr so beraten die Sa-

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

che [...] aber das bleibt alles aufm Bauhof, weil das kommt dann nicht in Verwaltung oder [...] sonst ist Bürokratismus das wird dann zu groß.“ (t2, Z47-54)

Auch Modernisierung kennzeichnet die Arbeitswelt, die zugleich negative Wirkung haben als auch eine Erleichterung des Arbeitsalltags mitbringen kann. Neue Produkte und Techniken können dahinterstehende Produkte und Produktionstechniken veraltet werden lassen, so wie im Falle von Herrn Hain. Einzelne Ersatzteilkomponenten, die sein Unternehmen herstellt, sind inzwischen veraltet und werden kaum noch gebraucht.

Peter Hain: „Wenn wir nix mehr machen, dann [...] brauchen wir auch keinen Vertrieb mehr; die sitzt dann auch in der Buchhaltung. Und so zieht sich das dann immer weiter. Also das, wenn's Ende weg ist, wird's andere noch weniger und das hält sich dann mit Sicherheit auch nicht mehr lange.“ (t1, Z466-469)

Herr Kirchs Arbeitsalltag wird hingegen erleichtert.

Hans Kirch: „Wo ich angefangen hab, so maschinell ausgestattet waren wir nicht so gut und jetzt muss ich sagen, haben wir echt einen guten Stand, gut ausgerüstet. [...] also von Maschine her oder so, wenn wir eine Maschine brauchen, kriegen wir, wir meistens die auch dann. Also da sind wir schon mit 'nem guten Bürgermeister bestückt muss ich sagen. Also er ist immer (unverständlich) fürs Fortschrittliche, also, wenn wir was brauchen, dann wird's auch meistens gekauft muss ich sagen.“ (t1, Z546-552)

Risiken von Erwerbsarbeit

Erwerbsarbeit birgt klar formulierbare Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit durch Unfälle oder Verletzungsgefahren und hohe Belastungen. Manche dieser Risiken sind scheinbar auch durch Arbeitsschutzmaßnahmen nicht zu reduzieren: der Unfall auf dem glatten Bagerüst (Claudio Osdorf), das Ausrutschen in der Dusche beim Waschen der Patientin (Sabine Fesser), der Rückenschaden durch einseitige Belastungen an der Maschine (Peter Hain), die psychische Belastung der täglichen Arbeit (Brigitte Schulz).

Je nach Art der beruflichen Tätigkeiten ist es auch die Summe der täglichen Arbeitszeit, die ein Risiko darstellen kann. Frau Fesser beschreibt, wie ihr die langen Arbeitstage zu schaffen machen (t1, Z54). Frau Schulz sammelt innerhalb eines halben Jahres dreihundert Überstunden (t1, Z61). Herr Kirch schreibt den vielen Stunden auf seinem Baggersitz die Hauptursache für seinen Bandscheibenvorfall zu.

Hans Kirch: „Also ich denke mal, das kommt von der Arbeit, wo ich gemacht hab. Also ich bin ich fahr jetzt fast dreißig Jahre mit der Baggermaschine, und wenn ich das so rechne mit diesen dreißig Jahren komm ich auf zwanzigtausend Stunden, das sind also sechs- zwischen sechshundert und siebenhundert Stunden, aber nur auf m Bagger. Also ich habe Schläg- ich habe keinen Komfortsitz nix drin.“ (t1, Z249-253)

Auch Claudio Osdorf weiß, dass die Arbeit auf dem Bau bei ihm langfristig zu Problemen geführt hätte: „Aufm Bau den ganzen Tag schleppen, Staubschlucken und auf die Jahre wäre das nix mehr für mich gewesen.“ (t1, Z38f)

Risiken zu vermeiden kann zudem neue Risiken bergen, denn im Fall von Frau Rieger schützt sie die acht Kilogramm schwere Bleischürze vor gefährlicher Strahlung im Röntgenraum, belastet aber ihren Rücken.

Erwerbsarbeit birgt das immerwährende Risiko des Arbeitsplatzverlustes. Dieser kann durch wirtschaftliche Krisen des Arbeitgebers ausgelöst werden. Eine direkte drohende Insolvenz betrifft die Klinik von Frau Rieger und das Unternehmen von Herrn Hain; die eigenen Arbeitsplätze sind akut bedroht. Deutlich wird in dieser Risikowahrnehmung das Gefälle zwischen dem Chef und der eigenen Person. Der drohende Arbeitsplatzverlust betrifft in der Regel nicht den eigenen Vorgesetzten. Der Vorgesetzte von Peter Hain wäre im Falle der Schließung des Unternehmens „sicher im Sattel“ (t1, Z475), da er noch andere Fertigungsprozesse im Ausland zu verwalten hat. Katharina Riegers Chef arbeitet nebenbei im Ausland und wäre von der Insolvenz nicht in dem Ausmaß betroffen wie seine Mitarbeiterinnen (t2, Z328ff).

Auf der anderen Seite kann ein selbst initiiertes Arbeitsplatzwechsel das Risiko einer Fehlentscheidung bergen. Brigitte Schulz hat in 35 Berufsjahren mindestens acht Arbeitsplätze gehabt. Der häufige Arbeitsplatzwechsel wurde zum Teil von Frau Schulz selbst vollzogen. Damit wollte sie zu stressigen Arbeitsbedingungen (z. B. verlängerte Öffnungszeiten) entgehen, und fand sich häufig in noch schwierigeren Arbeitszusammenhängen wieder: „Bist aber immer vom Regen in die Traufe gekommen. Es war immer wieder die gleiche Spirale.“ (t1, Z527). Auch Hans Kirch beispielsweise würde nicht nochmal dieselbe Entscheidung wie mit Anfang 20 treffen. Der Wechsel von der Privatwirtschaft in die Gemeinde kostete ihn ca. tausend Euro Gehalt, wie er heute schätzt (t2, Z257f).

Auch rechtliche Risiken werden eingegangen, wenn z. B. Frau Rieger trotz vertraglich untersagter Aufnahme von Minijobs einen solchen ausübt, Claudio Osdorf sein Gehalt durch private Arbeit aufbessert oder, wie im Falle von Herrn Kirch, Vorgaben der Verwaltung zu umgehen weiß.

Bedingungen von Arbeitszufriedenheit

In der Zusammenschau der Rahmenbedingungen, Anforderungen und Risiken der beruflichen Tätigkeit wird ein Phänomen sichtbar: Belastungserleben wird flankiert durch Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, die damit eine wichtige Ressource zum Erhalt der Gesundheit sein

kann. Die Anforderungen der Erwerbsarbeit werden nicht von vornherein und pauschal als negativ oder belastend erlebt, sondern entwickelt sich erst unter bestimmten Bedingungen zum Problem (vgl. 4.2.1.1). Stress wird z. T. durchaus als positive Herausforderung in der eigenen Arbeit erlebt.

Hans Kirch: „Wenn man Angst hat, muss man den Job nicht machen. Dann macht man lieber was anderes. Aber mir liegt das und ich mach das halt wahnsinnig gerne. Also klein wenig Risiko muss immer sein.“ (t1, Z49-51)

Katharina Rieger: „Ich lieb meinen Job. Ich mag meinen Chef. Ich mag meine Arbeitskollegen. Ich brauch eigentlich auch diesen Stress, weil es doch recht viel ist, was unser Aufgabengebiet umfasst.“ (t1, Z124-126)

Arbeitszufriedenheit ist das Ergebnis mehrerer Bedingungsfaktoren. Zum einen ist es die optimale Passung zwischen den eigenen Kompetenzen und den Anforderungen der täglichen Arbeit. Als Beispiel dient Sabine Fessers Beschreibung ihrer Tätigkeit als Hauswirtschafterin in einer Familie, in der sie primär Putzarbeit leisten musste und ihre eigentlichen Kompetenzen nur eingeschränkt gebraucht wurden:

Sabine Fesser: „Das war auch nicht qualitativ für mich, weil als Hauswirtschafterin ist doch primär Nahrungszubereitung und Garten. Das ist so der Schwerpunkt, dass man sich da auch ein bisschen verausgaben kann oder mal experimentieren [...] Da hat meine ehemalige Chefin mich eher zurückgeschraubt. Wohl ganz einfache Dinge kochen. Nix gegen einfaches mal Spinat mit Pellkartoffeln und Spiegelei, aber wenn's dann nur noch so in die Richtung nur damit man eben die Putzarbeit in der im Haus schafft, das war unbefriedigend für mich.“ (t1 Z105-113)

Zugleich wird deutlich, dass auch ein Gestaltungsspielraum in der täglichen Arbeit ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit ist. Frau Fesser spricht von „experimentieren“ (s. o.). In diesem Zusammenhang gewinnt die Vielseitigkeit einer beruflichen Tätigkeit an Bedeutung. Durch eine vielseitige Arbeit und die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen werden überhaupt erst Gestaltungsspielräume eröffnet. Hans Kirch ist in seinem Erstberuf als Maurer deutlich unzufrieden mit der „Massenabfertigung“ (t2, Z269). Er wechselt die Arbeit und steigt ein in den vielseitigen Beruf des Gemeindearbeiters.

Hans Kirch: „Also ist so ein wahnsinns-vielseitiger Beruf. Ist einmalig. Von Bäume pflanzen bis zu den Bäume Fällungen, alles da. Also muss sagen, rund rum will ich eigentlich den Job wieder mache. Also de-also wenn's geht, wenn's geht. Also man muss sage, ist also vom Beruf vom Maurer jetzt auf das, na kann man nicht vergleichen. Also es ist fast unvorstellbar.“ (t1, Z28-32)

Auch Claudio Osdorf findet die Arbeit auf dem Bau sehr einseitig und freut sich nach der Weiterbildung zum Bautechniker auf einen variablen Einsatz zwischen Büro und Baustelle. Der Fall von Brigitte Schulz zeigt als Kontrast, dass ohne Ausbildung und fundierter fachlicher Expertise der berufliche Gestaltungsspielraum begrenzt ist. Frau Schulz ist ihr gesamtes Arbeitsleben in verschiedenen ungelernten Tätigkeiten angestellt. Dennoch erlangt sie die Position einer Filial-

leiterin, um dann wiederum Putztätigkeiten auszuüben und als Küchenhilfe zu arbeiten. Sie ist zwar fast kontinuierlich erwerbstätig, erlangt aber keine Stabilität in einer beruflichen Position. Sie hat wenig Einfluss auf die Tätigkeiten: trotz massiver Mobbing Erfahrungen, hoher Belastungen in der täglichen Arbeit und dem körperlichen und seelischen Leiden scheint es keine Alternative für sie zu geben: „War jetzt die ganze Zeit in diesem Beruf gefesselt oder gar keine andere Perspektive gesehen.“ (t1, Z465f)

Vielseitige Anforderungen werden ferner als positive Herausforderung erlebt, insbesondere, wenn einem selbst Verantwortung übertragen wird. Die eigene Rolle im Arbeitskontext gewinnt an Bedeutung und Wertigkeit. Exemplarisch hierzu Katharina Rieger:

Katharina Rieger: „Jetzt muss ich viel selbstständig arbeiten. Sehr viel. Das heißt, ich habe eigentlich so die Verantwortung für relativ viel, also viel Bereiche. Dann habe ich meine Studien [als Study Nurse, Anm. SB] immer noch nebenherlaufen und ähm ja das fordert mich. Ich habe dann jeden Tag immer mal wieder was anderes und dann hast du da wieder Anfragen von irgendwelchen Studien. Dann hast du da wieder Anfragen, die du bearbeiten musst. Das Computerarbeiten, was jetzt für unsere Untersuchung, das läuft eigentlich nebenher. Aber es kann sonst auch keiner. Also des kommt auch noch dazu und von dem her, das fordert mich dann.“ (t2, Z242-249)

Verantwortung kann unter bestimmten Umständen zu einer Belastung werden. Brigitte Schulz wird die Rolle der Filialleiterin – in einem schon länger zurückliegenden Arbeitsverhältnis – schnell zu viel, als sie sich zwischen ihrem Chef und den Mitarbeitern ausgespielt fühlt:

Brigitte Schulz: „Also zum Schluss ist der Chef gekommen und hat gesagt, ich soll mir überlegen, ob das der richtige Beruf ist für mich, ne? Und hat die Arbeitskollegen noch aufgehetzt, wenn’s Probleme gibt, die haben nur mit der Frau Schulz und dann kommt er zu mir, also ich als Filialleitung, wenn du irgendwas gesagt hast, die sind so rumgerannt, habe ich einen auf den Deckel gekriegt von wegen, ich tät die Arbeitskollege vergraulen.“ (t1, Z502-506)

Es lässt sich hier nur vermuten, dass sich im Verhältnis und Verhalten aller Akteure eine schwierige Konstellation aufat, die getriggert wurde durch hohe Arbeitsbelastung, einem angespannten Arbeitsklima im Kollegium sowie einer fehlenden Qualifizierung als Führungskraft von Brigitte Schulz.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie wichtig das Arbeitsklima für die Arbeitszufriedenheit ist. Dieses speist sich aus der Unterstützung im Kollegium und Anerkennung durch Vorgesetzte¹¹³. Hans Kirch spricht davon, dass mit den Kollegen „alles super funktioniert“ (t1, Z105), man

¹¹³ Im Hinblick auf Anerkennung durch den Lohn bleibt offen, welche Rolle dieser hierfür spielt; er wird nicht explizit als Anerkennung der Arbeitsleistungen gewertet. Stattdessen ist Geld ein Anreiz, die tägliche Arbeit oder zusätzliche Belastungen hinzunehmen. Geld muss verdient werden, um die steigenden Lebenshaltungskosten zu decken oder „sich mal was leisten zu können“ (Katharina Rieger, t1 Z19). Im Vordergrund steht der Gedanke, Geld zu verdienen und das Einkommen nicht durch längere Krankheitsphasen zu reduzieren. Der Arbeitslohn ist ein wichtiger Aspekt der Sinnhaftigkeit von Arbeit.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

unterstützt sich gegenseitig und gibt sich „Rückhalt“ (t1, Z235). Direkte Anerkennung erfährt Frau Rieger, in dem ihr Chef ihr anbietet, im Falle der Insolvenz der Klinik, sie zu seiner neuen Stelle mitzunehmen (t2, Z328ff). Das Gegenteil gilt für Peter Hain und seine Kollegen und Kolleginnen, die froh sind, wenn der Chef nicht im Haus ist.

Peter Hain: „Ist eine furchtbar schlechte Stimmung. Jeder freut sich, wenn der ein paar Tage nicht da ist. Können wir endlich in Ruhe arbeiten.“ (t1, Z405f).

Noch dramatischer ging es in Brigitte Schulz' Team zu, in dem sie persönlich, aber auch andere Kolleginnen und Kollegen gemobbt werden. Sie resigniert angesichts des fehlenden Rückhalts im Team und vom Chef. Sich wehren kann man nur, so Frau Schulz, wenn man jemanden „hinten dran“ (t1, Z499) hätte, nur wenn der „Chef nicht zubeißt und einem das Handwerk legt“ (t1, Z499f).

Brigitte Schulz: „Es war kein Zusammenschaffen. [...] Und die andere Arbeitskollegin die ist dann im April hat die freiwillig gekündigt. Die konnte den Druck auch nicht mehr aushalten. Die ist dann freiwillig gegangen und war auch oben beim Chef, hat ein Gespräch mit ihm gehabt und da ist nichts passiert. Gar nix. Und ich habe gesagt, ich setz mich nicht mehr zur Wehr, habe ich gesagt. Ich weiß wie sie eingestellt sind und habe ich gesagt- einen Rückhalt hast keinen, habe ich gesagt. Und wenn dich beschwerst, habe ich gesagt, habe ich die Hölle auf Erden. Das mach ich nicht.“ (t1, Z387-394)

Anerkennung und Respekt im Team und seitens der bzw. des Vorgesetzten wird in einen direkten Zusammenhang mit beruflichem Erfahrungswissen und Qualifikationen gestellt, wofür man hart gearbeitet und worin man investiert hat. Hans Kirch blickt auf 30 Jahre Berufserfahrung zurück und kann den neuen Chef in bürokratischen Dingen unterstützen. Zusätzlich nimmt er durch seine vielfältigen Fähigkeiten, die er z. T. durch Qualifizierungen erlangt hat, eine feste, fast unersetzliche Rolle im Team der Gemeindearbeiter ein. Katharina Rieger eignet sich in ihrem Arbeitsleben viele Fachkenntnisse an, die sonst niemand beherrscht, wie „Abrechnungsprozeduren“ (t2, Z903) und betreut als einzige auf der Station englischsprachige Studien. Dafür wird sie sehr von ihrem Chef und ihrer Kollegin geschätzt. Auch Claudio Osdorf wird in den Augen des ehemaligen Chefs vom einfachen Bauarbeiter zum respektierten Kollegen, als er seine Qualifizierung zum Bautechniker beginnt. Schwierig wird es, wenn das Gefühl überwiegt, keine Anerkennung für das Geleistete zu erhalten. Dann schlägt die anfänglich hohe Motivation, sich im Beruf zu engagieren schnell in das Gefühl um, Opfer zu bringen.

Peter Hain: „Also ein persönliches Wort werden sie da vergebens suchen [...] und irgendwann mal irgendwas mal lobt oder so irgendwas. Und da macht die Arbeit nicht sonderlich Spaß.“ (t1, Z 150-155)

Brigitte Schulz resümiert gegenüber ihrer Tochter:

Brigitte Schulz: „Das, was du jetzt alles opferst, du machst und tust erstens dankt das keiner und zweitens (1) du- denkst nur später zurück.“ (t2, Z536 f)

Kranksein in der Arbeitswelt

Im Kontext der Thematik dieser Studie ist es von besonderer Relevanz, die individuellen Erfahrungen mit dem ‚Kranksein‘ in der Arbeitswelt näher zu beleuchten. Diese Krankheitserfahrungen vollziehen sich vor dem Hintergrund einer komplexen Konstellation zwischen der Art der Erkrankung, individuellen Konzepten von Gesundheit und Krankheit, den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit und der Unternehmenskultur. All diese Aspekte bestimmen, welchen Stellenwert die eigene Gesundheit im Arbeitskontext spielt und spielen darf, wie sensibilisiert man für gesundheitliche Probleme ist, welche Zusammenhänge zwischen diesen Problemen und der beruflichen Tätigkeit hergestellt werden sowie zu welchem Zeitpunkt und in welcher Art und Weise diesen Problemen begegnet wird und schließlich, wie die berufliche Tätigkeit unter bedingter Gesundheit gestaltet wird. In dieser komplexen Gemengelage sind es die direkten (wenn man selbst erkrankt ist) und indirekten (wenn Kollegen erkrankt sind) Erfahrungen mit dem Kranksein in der Arbeitswelt, über die eindrücklich berichtet wird.

Erfahrbar sind in erster Linie die Reaktionen der Arbeitskolleginnen, Arbeitskollegen und Vorgesetzten auf einen Krankheitsfall im Kollegium. Diese sind gemischt und reichen von Ausgrenzung bis Unterstützung. Brigitte Schulz bspw. führt die zunehmende Außenseiterrolle im Kollegium auf ihre eigenen gesundheitsbedingten Auszeiten zurück:

Brigitte Schulz: „Am Anfang war alles super, wie ich in der Küche angefangen habe. Wir waren ein super Team, mit allem Drum und Dran. Und seit ich dann Mai das mit dem Rücken kriegte, war ich dann drei Wochen krankgeschrieben, bin dann in den Betrieb reingekommen, bin dann erst mal ignoriert worden. Da hätte mich keiner begrüßt zwei Wochen lang nicht, hat keiner mit mir gesprochen oder sonst irgendetwas. Nichts. [...] Und wenn ich gesagt hab, ich habe einen Arzttermin, dann bin ich noch angeschissen worden. [...] Dann warst du auch sowieso Außenseiter vorn weg. Dann hätt’s heißen, ja, wenn du die Stunden halt nicht mehr schaffen kannst, [...] dann muss man den Arbeitsplatz entziehen.“ (t1, Z136-148)

Bei Peter Hain lief es moderater und „nonverbaler“ ab, als er ankündigte, für einige Wochen krank zu sein.

Interviewerin: „Und wie haben Ihre Arbeitskollegen reagiert, als Sie sozusagen ausgefallen sind?“

Peter Hain: Ja gut, das war, gab natürlich schon ein großes Schlucken, wo ich das gesagt habe, dass ich jetzt zur Reha geh. Und das ist sowieso ein Problem bei uns vom Personal her, da hat man jetzt eine Halbtagskraft wieder eingestellt nachdem man vorher eine Vollzeitkraft entlassen hatte beziehungsweise frühzeitig in den Ruhestand geschickt. [...] Wo die dann in Rente gegangen ist, habe ich dann die, den vollen Job noch mit übernommen. [...] Und jetzt haben wir eine Halbtageskraft und die habe ich dann die letzten drei Wochen vor meinem Beginn von der OP habe ich die noch eingelernt.“ (t1, Z80-98)

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In den Schilderungen über das Kranksein im eigenen Arbeitskontext wird auf der einen Seite ein gewisses Verständnis für die negativen Reaktionen im Team erkenntlich. Hintergrund hierfür ist die eigene Betroffenheit, wenn eine Kollegin bzw. ein Kollege aus dem Team erkrankt ist und die Arbeitslast dann verteilt werden muss. Auf der anderen Seite lässt sich übergreifend das Phänomen der Verknüpfung von Leistung und Anerkennung beschreiben. Nicht erbrachte Leistung mindert diese Anerkennung.

Katharina Rieger: „So lang man da ist und funktioniert, ist das schon alles toll. Aber irgendwann halt nicht mehr, wenn man's nicht mehr tut, dann ist man auch nicht mehr so wichtig, aber ich denk das ist überall so, denk ich mal.“ (t1, Z101-104)

In der Folge kann eine Erkrankung mit einem einhergehenden veränderten Leistungspotenzial isolieren, stigmatisieren und von sozialen Bezügen in der Berufsarbeit ausgrenzen. Um dennoch die erwarteten Leistungen zu erbringen, werden Strategien der Regulierung, Unterdrückung und Kompensation entwickelt, oder es wird vermieden zum Arzt zu gehen wie Herr Hain es zuvor schildert.

Eine Schlüsselrolle in dieser Dynamik nimmt die bzw. der Vorgesetzte ein. Herr Osdorf, Herr Hain und Frau Schulz machen die Erfahrung, dass die Chefin bzw. der Chef kein Verständnis für erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für krankheitsfördernde Arbeitsbedingungen hat. Die Beispiele von Claudio Osdorf und Brigitte Schulz sind dabei besonders eindrücklich.

Claudio Osdorf: „Meine Arbeitskollegen die sind schon vierzig und die beklagen sich ständig über Rückenprobleme, Nackenprobleme, mit der Nase [...] die meisten brauchen Atmungsgeräte in der Nacht. [...] Das sind mehr so die, die Insider-Dinge, wo niemand, weiß und wissen will. [...] Normal muss man bei vielen Sachen Atemschutzmasken tragen, aber auf Dauer, wenn man so'n Ding halbe Stunde anhat, schwitzt man drunter und es wird eklig. Dann zieht man das automatisch aus. Und wenn auch jeden Tag glaub ich zum Chef hinrennt und fünf Arbeitsmasken braucht dann, dann holt er sich vielleicht mal einen [Mitarbeiter, Anm. S.B.], der nur drei oder eine braucht am Tag.“ (t1, Z46-64)

Brigitte Schulz: „Meine andere Arbeitskollegin die ist ja nach dem, wo ich von der Reha heimgekommen bin, die hat sie dann auch selber gekündigt, weil sie, weil sie's psychisch nicht mehr geschafft hat. Ich bin ja nicht der einzige Fall. [...] Ja und da habe ich gesagt, warum unternimmt der Chef da nix. Da hätte er müssen schon beim bei der ersten hätte er müssen einschreiten. Da hätte man von Grunde her nachgehen müssen, mal ein Gespräch führen. Aber passiert nix. Ist nix passiert. Er hat nur gesagt, bevor ich die [Küchenchefin, Anm. S.B.] entlasse, entlass ich euch lieber. Das war die Antwort, was wir gekriegt haben. Also na brauch ich nicht raufgehen, mich zu beschweren, weil ich genau weiß, ich krieg keinen Rückhalt.“ (t2, Z548-563)

Das Entscheidende an diesen Beispielen ist, wie deutlich ein Machtgefälle zwischen der bzw. dem Vorgesetzten und den Angestellten dargestellt wird. In den Beispielen spitzt sich dieses Gefälle zu, in dem das Thematisieren von Risiken oder Problemen im Team in direkte Verbindung mit einem Arbeitsplatzverlust gebracht werden.

Auf der anderen Seite stehen positive Erfahrungen wie sie Hans Kirch berichtet. Seine Kollegen sichern ihm zu, ihn zu unterstützen, wenn er wieder da ist. Der Unterschied hier ist, dass die Arbeit ohnehin sehr solidarisch und wenig konkurrierend organisiert ist, man hilft sich gegenseitig, ist aufeinander angewiesen – dies setzt sich auch in einer solchen Krisensituation fort. Frau Riegers Chef ermöglicht ihr nach ihrer Rückkehr, dass sie sich zwischendurch hinlegen kann. Sie ist inzwischen unersetzlich geworden – insbesondere, weil neben Katharina Rieger nur noch eine weitere Kollegin auf Station arbeitet.

Unter Betrachtung der Krankheitserfahrungen in den individuellen Arbeitswelten fällt auf, dass sich hinter dem Kranksein ein vielschichtiges Konzept von Gesundheit und Krankheit verbirgt, welches sich in individuellen Handlungsstrategien widerspiegelt. Allein die Aussage von Frau Rieger „War aber nie krank, ich war immer auf Arbeit.“ (t1, Z50f), während sie ihre zahlreichen Erkrankungen aufzählt, verweist auf diese Vielschichtigkeit, die im anschließenden Kapitel aufgegriffen wird.

4.1.3 Zusammenfassung

Grundlage des ersten empirischen Ergebniskapitels bildete die Aufschlüsselung von Arbeit. Arbeit, so konnte gezeigt werden, umfasst unterschiedliche Dimensionen menschlicher Tätigkeiten im Privat- und Erwerbsleben und berührt vielfältige Bezugspunkte im Lebensverlauf, wie Erfahrungen mit Familienarbeit, der vermittelte und angeeignete Arbeitsethos oder das Spannungsfeld zwischen Lebensplänen und beruflichen Verläufen sowie die bezieht sich auf die Merkmale der Arbeitswelt.

Im ersten Abschnitt der Ergebnisdarstellung wurde herausgestellt, wie eine Grundhaltung zu Arbeit allgemein, aber auch speziell zur Erwerbsarbeit durch die Herkunftsfamilie geprägt werde (vgl. Kapitel 4.1.1). Das Modell der arbeitenden Familie und familial tradierte Werte- und Rollenzuschreibungen stellten sich als wichtige Einflussfaktoren für die Herausbildung des eigenen Arbeitsethos heraus. So zieht sich beispielsweise eine in der Familie erfahrene stark affirmative Einstellung zu Arbeit oder die Aufwertung des eigenen Handelns durch harte Arbeit wie ein roter Faden durch das Leben des befragten Personenkreises. Andererseits ist zu beobachten, dass sich neben Parallelen zwischen Aspekten und Strukturen der eigenen und der familiären Berufsbiographie durchaus Abgrenzungsbereiche finden lassen wie bspw. in Form eines abweichenden Berufswunschs oder eines Bildungsaufstiegs. In der Familie werden Weichen gestellt für das eigene Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit und damit für das Verhalten in der

alltäglichen Arbeitspraxis. Darüber hinaus hängen berufsbiographische Verläufe von individuellen Voraussetzungen (z. B. Bildung oder Interessen) und dem sozialen Netzwerk (z. B. Unterstützung bei der Ausbildungssuche) ab und sind ebenso durch den regionalen Arbeitsmarkt (z. B. typische Berufe in der Region, freie Ausbildungsplätze) bestimmt. Der Arbeitsethos und die Berufswahl können auf Basis der Interpretationsergebnisse als eine Bilanz dieser unterschiedlichen Faktoren verstanden werden. Abbildung 17 verdichtet den beschriebenen Rahmen.

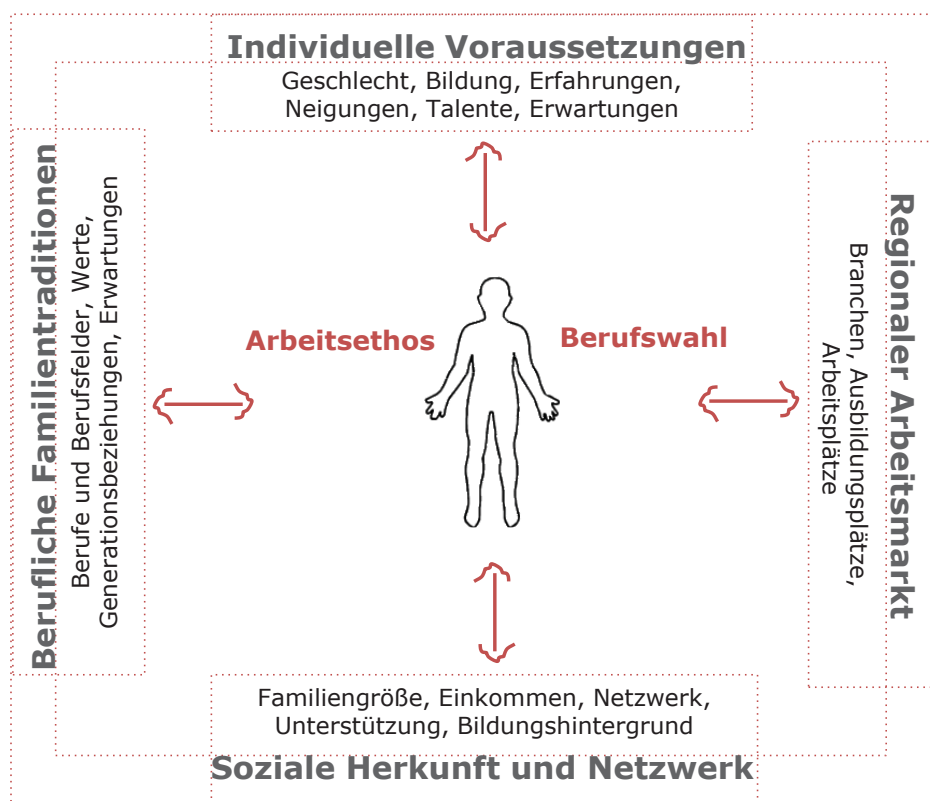


Abbildung 17: Bedingungsrahmen von Arbeitsethos und Berufseinstieg

Durch die Analyse von Schilderungen über zurückliegende krisenhafte Erfahrungen im Berufsleben sowie im privaten Kontext (vgl. Kapitel 4.1.2.1) konnten in einem ersten Schritt Spannungsfelder in den Bereichen Arbeitsbeziehungen (Konflikte im Kollegium), Zeit (zu wenig Zeit für Privates durch die Arbeit), Ort (weite Entfernung zwischen Wohnort und Arbeitsplatz) und in Bezug auf Lebenspläne (z. B. schwierige Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf) identifiziert werden. Im zweiten Schritt wurden diese krisenhaften Erfahrungen differenziert betrachtet und verschiedene kritische Erfahrungsräume identifiziert: eingeschränkte berufliche und persönliche Selbstverwirklichung, Problemkonstellationen im privaten und beruflichen

Kontext sowie tätigkeitsbezogene gesundheitliche Probleme. Der erfolgreiche oder nicht-erfolgreiche Umgang mit diesen Situationen oder Konstellationen markiert wesentliche Bezugspunkte, die im Ergebnis einen erfahrungsbasierten Orientierungsrahmen für die aktuelle gesundheitsbedingte berufliche Neuorientierung darstellen. Diese Bezugspunkte beziehen sich auf das Verhältnis zwischen Person und Tätigkeit (berufliche Identität, Sinnhaftigkeit, bis zur Rente arbeiten), sinnstiftende Ankerpunkte im Privatleben (Familie, Religion, Hobby) und verweisen auf das Verhältnis zwischen Gesundheit und Tätigkeit (unveränderliche Rahmenbedingungen im Berufsalltag und Umgang mit körperlichen und psychischen Belastungen).

Abschließend wurden die individuellen Arbeitswelten in den Fokus gerückt und darüber auf einer übergeordneten Ebene folgende Merkmale einer übergreifenden Arbeitswelt erschlossen (vgl. Kapitel 4.1.2.2):

- Rahmenbedingungen: Ökonomisierung, Bürokratisierung, Modernisierung
- Anforderungen: z. B. Mehrarbeit, Verdichtung der Arbeit und Standardisierungstendenzen, Verausgabungs- und Risikobereitschaft
- Risiken: Gesundheitsrisiken und Unsicherheit.

Gleichzeitig wurde die Arbeitszufriedenheit als wichtige gesundheitserhaltende Ressource herausgearbeitet, deren einzelnen Bedingungsfaktoren in Abbildung 18 zusammengeführt sind.



Abbildung 18: Bedingungsfaktoren von Arbeitszufriedenheit

Betrachtet man die Krankheitserfahrungen in der Arbeitswelt, entsteht ein Bild, dass Kranksein in der Regel außerhalb der Arbeitswelt stattfindet und stattfinden muss. Kranksein definiert sich in diesem Kontext über eine Krankschreibung, d. h. über eine objektiv verordnete Arbeitsunfähigkeit und nicht durch subjektives Leiden. In der Analyse wurde deutlich, dass es als normal angesehen wird, im kranken Zustand arbeiten zu gehen. Eine eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit im Sinne eines ‚Nicht-mehr-Funktionierens‘ wird in Verbindung gebracht mit Unproduktivität und unsozialem Verhalten, wenn die Arbeit der bzw. des Erkrankten auf den Schultern der Kolleginnen und Kollegen lastet. Es wird lange vermieden, gesundheitsbedingt auszufallen. Dennoch muss betont werden, dass die Anforderungen der Erwerbsarbeit nicht von vornherein und pauschal als negativ oder belastend erlebt werden. Erst durch eine Aufsummierung und eine Langwierigkeit bestimmter Faktoren wandeln sich (z. T. positiv erlebte) Herausforderungen in psychische und körperliche Belastungen um und die Arbeitszufriedenheit nimmt ab. Diese Faktoren umfassen Leistungsdruck, Frusterlebnisse, Unsicherheit, begrenzte Handlungsspielräume, intransparente Prozesse, zwischenmenschliche Probleme und fehlende Anerkennung. Insgesamt formiert sich auf Basis der vorliegenden Daten ein Bild einer Unternehmenskultur, in der Kranksein mit einer mangelnden Leistungsbereitschaft verknüpft wird.

Welchen Einfluss der eigene Anspruch und das eigene Verhalten auf die Konstellation hat, wird anschließend zu untersuchen sein.

In der Zusammenschau bilden die hier beschriebenen Dimensionen von Arbeit „Tradition und Tradierung“, „Leben und Beruf“ sowie „Arbeitswelt“ den Kontextualisierungsrahmen, innerhalb dessen sich der temporäre Ausstieg aus dem Berufsleben vollzieht. Gleichzeitig werden aus diesem Rahmen heraus Impulse für berufliche Neuorientierungsprozesse gesetzt.

Im folgenden Kapitel wird es darum gehen, den als Bruch gekennzeichneten Ausstiegsprozess aus dem Berufsalltag genauer zu untersuchen und aufzuzeigen, wie sich der Ausstiegsprozess aus dem Berufsalltag vollzieht, welche Faktoren ihn bedingen, welche Rolle die subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit spielen und welche Auswirkung dieser krankheitsforcierte Ausstieg auf die einzelnen Lebensbereiche der Betroffenen hat.

4.2 (Berufs)biographischer Bruch

Ausgangspunkt beruflicher Neuorientierungsprozesse ist der gesundheitliche Einbruch, den die Betroffenen zum Zeitpunkt des ersten Interviews sehr eindrücklich beschreiben können. Er stellt ein Schlüsselerlebnis dar, das Reflexionsprozesse über den zurückliegenden Zeitraum auslöst sowie die Basis von Zukunftsentwürfen bildet. Übergeordnet stellt sich ein berufsbiographischer und biographischer Bruch dar, da er sowohl die berufliche Praxis durchbricht als auch das eigene Selbstkonzept.

Im ersten Kapitel wird unter dem Titel „Kreisläufe des Leidens“ auf die Merkmale dieses Schlüsselerlebnisses eingegangen und der zurückliegende Zeitraum differenziert betrachtet. Dabei wird u. a. aufgezeigt, welche unterschiedlichen Strategien und Orientierungen im Krankheitsverlauf zum Tragen kommen und welche Ursachen der gesundheitlichen Problemlage zugeschrieben werden.

In den Ansätzen zur Analyse der individuellen beruflichen Zukunftsszenarien kann deutlich gemacht werden, dass die Betroffenen sich stark mit den unmittelbaren Veränderungen im Leben auseinandersetzen müssen. Der zweite Teil dieses Kapitels unter der Überschrift „Leben mit der Erkrankung“ widmet sich diesen Veränderungen im Privat- und Berufsleben und zeigt die unterschiedlichen Facetten der Selbsterfahrung auf.

4.2.1 Kreisläufe des Leidens

Ausgehend von diesem Schlüsselerlebnis werden im ersten Unterkapitel „Das Schlüsselerlebnis als Wendepunkt“ differenziert dessen Formen sowie der Verlauf und die Merkmale des vorausgehenden Leidensprozesses dargestellt. Ferner wird untersucht, welche Ursachen der eigenen Erkrankung zugeschrieben werden. In dem ermittelten komplexen Bedingungsgefüge spielen individuelle Verhaltensmuster und Strategien dem Kranksein gegenüber eine entscheidende Rolle, die wiederum in enger Verbindung mit familialen Gesundheitspraktiken stehen können. Dieser Aspekt wird im Unterkapitel „Strategien und Orientierungen im Krankheitsverlauf“ genauer untersucht und dabei die besondere Bedeutung von Körperbildern herausgestellt.

4.2.1.1 Das Schlüsselerlebnis als Wendepunkt

„Mein Körper ist ausgestiegen, und zwar komplett.“¹¹⁴

Als Ausgangspunkt der folgenden Ausführungen wurde der gesundheitliche Bruch – im Folgenden als Schlüsselerlebnis bezeichnet – gewählt, das in einem ersten Schritt in seinen unterschiedlichen Formen beschrieben wird. Welcher Leidensprozess dem Schlüsselerlebnis zu Grunde liegt, welche Aspekte die ersten Schritte aus dieser Krise charakterisieren und welche Ursachen dem Krankheitsverlauf zugeschrieben werden steht im Zentrum der sich anschließenden Ausführungen.

Formen des Schlüsselerlebnisses

Das Schlüsselerlebnis wird entweder als Resultat eines schleichenden Krankheitsverlaufs oder als plötzliches, unerwartetes Ereignis beschrieben. Das Ereignis am Ende eines schleichenden Krankheitsverlaufs ist dadurch gekennzeichnet, dass ein neues Stadium der Beschwerden und Einschränkungen erreicht wurde. Dieses neue Stadium der Krankheitsphase schließt an einen langandauernden Leidensprozess an, in dem sich die Beschwerden temporär verschlechterten, sich aber auch immer wieder verbesserten und damit einen relativ unvorhersehbaren Verlauf aufwiesen. Die Krankheitssymptomatik spitzte sich schließlich in dem Maße zu, dass eine medizinische Behandlung als unausweichlich erschien.

Peter Hain: „Ich habe schon vor vier Jahren, oder es ging an sich schon länger, hab ich massive Probleme im Rücken gehabt. Ein Wirbel ist deformiert, und dann kam die Spinalkanalstos- äh spinose hinzu, und das mal erst, über die Reha versucht, zu beheben, das war vor vier Jahren. Hat auch zwei Jahre lang angehalten. Nach zwei Jahren gingen die Beschwerden wieder los. Erst vereinzelt dann immer stärker und im letzten halben Jahr wurd's dann massiv, und dann habe ich dann ne Adresse von einem Neurochirurgen erhalten, [...] und so habe ich mich dann zu ner OP entschieden.“ (t1, Z26-34)

In jedem Fall löste diese neue Situation den (erneuten) Schritt zum Arzt oder eine Interaktion aus, die diesmal unter einer anderen Prämisse stattfand. Die Personen erlebten einen noch nie da gewesenen Leidensdruck in Form von starken Schmerzen und nicht kompensierbaren Einschränkungen des privaten und beruflichen Alltags. Im Krankheitsverlauf wurde zunächst versucht, auf Kompensationsstrategien zurückzugreifen. Die ersten Anzeichen von Überforderung wurden hingenommen, ignoriert, unterdrückt, z. B. wenn abends der Fuß pulsiert (Sabine Fesser) oder der Rücken schmerzt (Katharina Rieger, Claudio Osdorf). Doch diese Strategien griffen in diesem Stadium nicht mehr.

¹¹⁴ Katharina Rieger, t1, Z48

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Katharina Rieger: „Mein Körper ist ausgestiegen, und zwar komplett. Also [...] ich habe vorletztes Jahr irgendwann hat's angefangen, so dass ich drei Monate vier Monate lang ständig immer wieder Husten und Fieber und war aber nie krank. Ich war immer auf Arbeit. Das schon, aber ich habe, das hat sich einfach nicht mehr reguliert, also ich habe irgendwie und dann hat ich eine Lungenentzündung, dann ne Bronchitis, dann wieder Rückenbeschwerden dann wieder Probleme mit der Ferse und das hat sich übers Jahr irgendwie immer wieder, ich war zwar nie krankgeschrieben, aber ich habe immer wieder was gehabt. Gastritis mit 'nem Helicobacter also wirklich so, dass man dann Magenschmerzen hat und ja, und irgendwann hat mein Körper dann gesagt gut, wenn du so nicht reagierst, dann knock ich dich völlig aus und dann ging halt gar nix mehr. Also konnte ich mich gar nicht bewegen und aber ich denk, der Körper muss irgendwann so reagieren, sonst hätte ich wahrscheinlich so weitergemacht.“ (t1, Z48-59)

Der Unterschied zu früheren Krankheitsphasen liegt darin, dass

- sich die Gesundheitsproblematik manifestiert hat,
- die gewohnten Kompensationsstrategien nicht mehr greifen,
- nachhaltig verändernde Entscheidungen zu treffen sind, z. B. Zustimmung zu einer Operation sowie
- eine Umorganisation des beruflichen und privaten Alltags erforderlich ist.

Mit diesem Schlüsselerlebnis wurde eine neue Eskalationsstufe erreicht, deren weiterer Verlauf offen war. Gleichzeitig bietet es den einzigen Ausweg aus der akuten und nicht mehr kontrollierbaren Situation.

Hans Kirch: „Vorher war's schon ein wenig stressig. Aber heute mach ich's einfach ruhiger. Das war schon, ich denke gleich der richtige Wink, war das. Also wenn man vier Wochen lang nicht kann sich richtig bewegen, dann merkt man erst mal, was einem fehlt.“ (t2, Z402-405)

Betrachtet man nun die zweite Erscheinungsform des plötzlichen gesundheitlichen Einbruchs, erscheint dieser auf den ersten Blick keine vorhergehende Chronifizierung und Intensivierung der Leiden aufzuweisen. Ein Arbeitsunfall, wie bei Sabine Fesser (in der Dusche einer Patientin ausgerutscht) und Claudio Osdorf (vom vereisten Baugerüst gefallen) oder ein Bandscheibenvorfall ohne „Vorankündigung“ (t1, Z134) wie bei Hans Kirch waren für die Betroffenen ein Schock, der sie von einer Minute zur nächsten handlungsunfähig machte und einen sofortigen medizinischen Eingriff erforderte. Auf den zweiten Blick werden in diesen Fällen Parallelen sichtbar, die eine ähnliche Struktur aufweisen wie die schleichenden und langandauernden Krankheitsverläufe der anderen Betroffenen in dieser Studie. Die akuten Vorfälle können nicht einfach isoliert betrachtet werden, sondern betten sich in bestehende gesundheitliche Problemlagen ein. Sabine Fesser vereint beide Erscheinungsformen, da sie vor ihrem Unfall unter chronischen Schmerzen in den Füßen litt und ihr Arbeitsunfall sich am ersten Arbeitstag nach erfolgreicher Operation und Therapie ereignete.

Sabine Fesser: „Das hat mir eigentlich so gut gefallen die Kombi Hauswirtschaft Pflege und dann kamen meine Füße dazwischen. Ich hatte, zweitausendelf Januar hat das angefangen Fersensporn an beiden Füßen, an beiden. Das tut höllisch weh. Ich habe da noch gearbeitet bis Mai und meine

Chefin hat dann wohl gemerkt, dass des eine längere Geschichte – und das weiß man also, Fersensporn ist auch eine längere Sache. Ich habe ein Jahr damit zu tun gehabt. Bin zu allen Ärzten alle Behandlungen durchgeführt [...] Hat nichts geholfen, im Gegenteil hat eher noch – hat auch noch Wahnsinns Schmerzen gemacht [...] Und dann habe ich Ende null elf hat dann der Arzt gesagt, ja dann bleibt nur noch die Option- Operation. [...] Ja Mitte null zwölf war ich dann eigentlich wiederhergestellt und der erste Arbeitstag bin ausgerutscht in der Dusche und hab mir am rechten Knie das Kreuzband das Innenband und den Meniskus verletzt. Man nennt des die Dreieinigkeit im Knie [...] Auf jeden Fall war das ein diesen Schock dann halt für mich, klar ich wollte wieder arbeiten, war wieder fit und das Geräusch als die Bänder gerissen sind [...] da habe ich gewusst jetzt kommt wieder Monate auf mich zu, wieder eine OP.“ (t1, Z27-50)

Claudio Osdorfs Arbeitsunfall kam ihm, so sagt er selbst, sehr entgegen. Die hohen körperlichen Belastungen auf dem Bau machten ihm sehr zu schaffen, Rückenprobleme hatte er schon seit längerer Zeit, und es war für ihn und seine Kollegen absehbar, dass er nicht mehr lange in diesem Beruf arbeiten könnte und wollte. Hans Kirch räumt ein, dass sein Bandscheibenvorfall zwar ohne Vorankündigung eintrat, dies aber das Ergebnis hoher einseitiger Belastungen und eigener Grenzüberschreitungen war „Klar, jetzt kommt das, was ich vielleicht zu viel gemacht hab.“ (t1, Z471).

Vorausgehender Leidensprozess und Merkmale des Ausstiegsprozesses

Im Rückblick beschreiben die Betroffenen die Zeit vor dem eigentlichen Einbruch als Teufelskreis (Sabine Fesser, t2 Z488), Spirale (Brigitte Schulz, t1, Z528) oder Kreislauf (Peter Hain t2, Z577; Z582). Der Zeitraum des Leidensprozesses, der direkt mit den aktuellen gesundheitlichen Problemen in Verbindung gebracht wird, reicht zurück bis in das frühe Erwerbsleben, in dem die ersten Signale des Körpers, z. B. nach langandauernden körperlichen Belastungen, ignoriert wurden. In der Tendenz zeigt sich in allen Fällen, dass erst gehandelt wurde, als sich die gesundheitlichen Probleme bereits manifestiert hatten. Der Ausschnitt aus Brigitte Schulz Interview zeigt in verdichteter und zugespitzter Weise eine gesundheitliche Leidensspirale, die sich im Laufe ihres 35-jährigen Erwerbslebens wiederholt und gefestigt hat und aus der Frau Schulz nur schwer ausbrechen konnte.

Brigitte Schulz: „Ja es war immer der psychische Druck. Hast müssen funktioniert und hast am Schluss nur noch funktioniert. Hast gar nicht mehr gesehen, was drum rum läuft beziehungsweise, du hast dich daheim auch nicht mehr wohl gefühlt. Du warst mit den Gedanken ständig wieder arbeiten, [...] wenn um Urlaub oder sonst irgendwas geht, freier Tag hast. Es hat gebraucht nur einer anzurufen, war ich fort im Geschäft. [...] Krank sein hat's nicht gegeben [...] Ich war nie krank. Ich habe nur noch funktioniert.“ (t1, Z101-110)

Dieser hier nur in einem Auszug dargestellte gesundheitliche Leidensweg von Frau Brigitte Schulz begann schon in ihren jungen Berufsjahren und mündete nach 35 Jahren in einem „ausgebrauchten“ Körper (t1, Z229). Während dieser Zeit wurden gesundheitliche Probleme zwar

wahrgenommen, aber zunächst reguliert, unterdrückt oder kompensiert. Häufig wurden die Beschwerden erst zu Hause bewusst wahrgenommen, wie folgende Interviewbeispiele illustrieren.

Katharina Rieger: „[...] dann legt man sich halt abends um elf ins Bett und man merkt der Fuß pulsiert und der Rücken tut weh. [...] Mein Partner sagt schon seit zwei Jahren, das geht nicht mehr, weil ich einfach kaum noch aufstehen kann. Ich brauch einfach eine wahnsinnig lange Anlaufzeit, ja? Weil der Rücken tut weh. Der Fuß tut weh und dann sieht es halt aus wie bei ner alten Frau. So bin ich jetzt immer aus'm, Bett, mich irgendwie versucht zu bewegen.“ (t1, Z440-445)

Brigitte Schulz: „[...] wenn da mal wirklich mal was wehgetan hat oder sonst irgendwas, gar nicht so mitgekriegt in dem Trab. Das ist alles unterdrückt, weil das hast erst gemerkt, wenn du abends heimgekommen bist und bist zur Ruh gekommen, hast dich hingehockt, dann bist auch bald eingeschlafen.“ (t1, Z 306-311)

Peter Hain: „[...] wenn ich's dann irgendwie machen konnte, habe ich mich an den Schreibtisch gesetzt und zurückgelehnt, dann hat das halt auch wieder etwas Linderung gebracht. Natürlich auch nicht ewig, und ja in den letzten Monaten war's halt krass, da ging also äh Freizeitsport oder so ging halt gar nicht mehr. Da ist man von der Arbeit nach Hause aufs Sofa, langlegen, das ging noch einigermaßen.“ (t1, Z68-72)

Umso wertvoller sind Erholungsphasen zur Regeneration (vgl. Kapitel 4.3.2.3). Wenn Peter Hain im Urlaub ist, werden seine Schmerzen „gravierend besser“ (t2, Z731) und am Wochenende regeneriert er, bis es montags „wieder von vorne losgeht“ (t2, Z747). Macht er tagsüber zu viel, muss er abends sofort dafür „büßen“ (t2, Z741). Zu beobachten ist in diesem Zusammenhang, dass ein Gewöhnungsprozess an die täglichen Belastungen einsetzen kann.

Katharina Rieger: „[...] und das mit der Bleischürze, die wiegt halt acht Kilo, mindestens. [...] Das bin ich schon gewöhnt (lacht) ich kenn's nicht anders. Also für mich ist das jetzt nicht so dramatisch. Wenn ich mein OP Kittel anziehe merk ich genau ich habe die Bleischürze vergessen einfach, dann fehlt das Gewicht man ist es gewöhnt ja?“ (t1, Z236-247)

Eine wichtige Rolle spielt in dem Ausstiegsprozess der Schritt zur Ärztin bzw. zum Arzt. Medizinische Experten nehmen eine Schlüsselfunktion ein, denn sie objektivieren die Leiden und ebnen den Weg aus dem Leidensprozess heraus (vgl. Kapitel 4.3.2.2). Bei der ärztlichen Inanspruchnahme kann das eigene soziale Umfeld eine wichtige Rolle spielen.

Interviewerin: „Und haben Sie die Reha von sich aus beantragt oder wer hat-

Katharina Rieger: Nee, mein Arzt, also ich bin hin eben weil ich Rückenschmerzen hatte und physisch auch also ich war einfach völlig – ich habe nur noch geheult und aber das von mir aus wär ich auch nicht zum Arzt meine Freundin hat mich hingesteckt.“ (t1, Z106-110)

In dieser Phase stehen Entscheidungen an, z. B. Entscheidungen über Operationen, Therapien, aber auch über Veränderungen der Alltagsroutine und des eigenen Handelns. Diese Entscheidun-

gen sind für die Betroffenen nicht immer einfach. Die Abwägungen zwischen dem Risiko einer Operation und den akuten Schmerzen schildert Hans Kirch folgendermaßen:

Hans Kirch: „Hab mir jetzt mal das Ding durchgelesen, was da hätte könnte alles passieren. Wie's zu der Querschnittslähmung, also, aber des war mir dann egal. Also die Schmerzen waren ein Wahnsinn und jetzt muss ich sagen, ich habe keine Schmerzen, ich habe nix mehr.“ (t1, Z203-205)

Hinter einer Entscheidung für einen bestimmten operativen Eingriff kann ebenfalls die Entscheidung gegen einen anderen Eingriff stehen. So entscheidet sich Peter Hain für den Eingriff eines Neurochirurgen, statt seine Wirbel vom orthopädischen Facharzt versteifen zu lassen (t1, Z31f).

Insgesamt sind die hier nachgezeichneten kriseninitiierten Entscheidungen durch eine hohe Unsicherheit über den weiteren Krankheitsverlauf gekennzeichnet. Eine entscheidende Signalwirkung hat in dieser Phase die längerfristige Krankschreibung, denn sie übersetzt das subjektive Leiden in eine objektive Arbeitsunfähigkeit oder, anders formuliert, gesundheitliche Beschwerden wandeln sich erst durch eine Krankschreibung in Kranksein um. Die folgenden zwei Zitate belegen, dass es für den Personenkreis in dieser Studie nicht ungewöhnlich und fast normal war, trotz massiver gesundheitlicher Probleme arbeiten zu gehen.

Peter Hain: „Und jetzt haben wir eine Halbtageskraft und die habe ich dann die letzten drei Wochen vor meinem Beginn von der OP habe ich die noch eingelernt. Und da hat natürlich genau in dieser Zeit hat ich Riesenprobleme, das heißt hab mich gar nicht getraut zum Doktor zu gehen, weil der hätte sofort gesagt bleib zu Hause und da habe ich also mit schmerzverzerrtem Gesicht habe ich halt die Kollegin dann eingelernt, dass der, dass das ganze Ding jetzt halt zumindest versandmäßig und wareneingangsmäßig irgendwie weitergeht.“ (t1, Z94-100)

Brigitte Schulz: „Krank hat's da auch nicht gegeben. Warst zwar krank, warst aber ständig unterwegs. Das hast du gar nicht mehr ganz wahrgenommen, [...] Ich habe im Geschäft gestanden, da ist mir schon die Luft weggeblieben. Ich hab 'nen halben Hörsturz gehabt. Ich habe, ich war nie krank, ich habe nur noch funktioniert.“ (t1, Z107-110)

Einhergehend mit dem objektivierten Leiden durch ärztliche Diagnosen und ggf. durch eine Krankschreibung ist eine Offenlegung des Krankseins im Kollegenkreis und der bzw. dem Vorgesetzten gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass Kolleginnen und Kollegen nicht schon vorher etwas davon gemerkt hätten. Frau Riegers Kollegin hatte von den Beschwerden gewusst, aber vermutlich Angst, die Arbeit alleine machen zu müssen (t1, Z182ff). Sabine Fessers Chefin hat „wohl gemerkt“ (t1, Z31), dass ihre Erkrankung zu einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit führen wird. Durch einen offenen Umgang mit der eigenen Krankheit scheint auf der einen Seite eine unsichtbare, unausgesprochene Grenze überschritten zu werden. Durch das Offenlegen der eigenen gesundheitlichen Beschwerden werden nicht nur die eigenen Einschränkungen kommuniziert, sondern es wird damit auch implizit auf die häufig ursächlichen Arbeitsbedingungen

verwiesen, die andere Kolleginnen und Kollegen betreffen können (vgl. Kapitel 4.1.2.2). Im Hinblick auf die Verlaufsdynamik des Leidensprozesses zeichnet sich eine schwierige Ablösung von den eigenen Mustern und Verhaltensweisen ab, die einen Ausstieg erschwert (vgl. Kapitel 4.3.1.1).

Erklärungen für die gesundheitlichen Probleme

In der Auseinandersetzung mit der Gesundheitsproblematik und mit den Folgen im Lebens- und Berufskontext treten in unterschiedlichen Zusammenhängen Erklärungen für die gesundheitlichen Probleme hervor. Diese subjektiven Deutungen über mögliche Zusammenhänge weisen eine hohe Komplexität auf, d. h. sie beschreiben ein Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren über einen langen Zeitraum hinweg, die letztlich den gesundheitlichen Leidensprozess bedingt haben. Diese Faktoren können in kontextuale und personenbezogene Faktoren unterteilt werden.

Kontextfaktoren beschreiben Arbeitsbedingungen, wie Arbeitsschutzmaßnahmen (z. B. das Tragen einer scheren Bleischürze), Arbeitsprozesse (z. B. Zwangshaltung, wenig Pausen), das Arbeitsklima (z. B. Mobbing), die Lebenssituation (z. B. notwendiger Zuverdienst) und Belastungen im Privatleben (z. B. Tod eines Angehörigen), die in einen direkten Zusammenhang mit den gegenwärtigen körperlichen und psychischen Problemen gebracht werden. Zudem benennen die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner unterschiedliche Aspekte der eigenen Person, die ebenfalls Einfluss auf den gesundheitlichen Leidensprozess nahmen: Eigenschaften („Kamikazetyp“), Verhaltensweisen (z. B. über eigene Grenzen gehen), Erfahrungen (z. B. negative Reaktionen im Kollegium auf Kranksein), Disposition (z. B. genetische Veranlagung) und Strategien (z. B. krank zur Arbeit zu gehen). Erst im Zusammentreffen dieser Faktoren entstehen Konstellationen, die sich unter bestimmten Bedingungen von gesundheitlichen Risiken zu manifestierten Erkrankungen entwickeln können. Die folgenden zwei Beispiele sollen diese Wirkzusammenhänge belegen, in dem sie aufzeigen, dass sowohl Kontextfaktoren als auch personenbezogene Faktoren eine Ursachenzuschreibung von den Betroffenen erfahren.

Hans Kirch: „Also ich denke mal, das kommt von der Arbeit, wo ich gemacht hab. Also ich bin ich fahr jetzt fast dreißig Jahre mit der Baggermaschine. Und wenn ich das so rechne mit den dreißig Jahren, komm ich auf zwanzigtausend Stunden. Das sind also sechs- zwischen sechshundert und siebenhundert Stunden. Aber nur auf dem Bagger. Also ich habe Schläge, ich habe keinen Komfortsitz nix drin, [...] das staucht.“ (t1, Z246-257)

Interviewerin: „Und wie war das früher, bevor Sie den Bandscheibenvorfall hatten [...]?“

Hans Kirch: Ich habe so viel Kraft gehabt, also ich konnte alles. [...] Keine Beschwerden. Ich konnte alles heben, lupfen, also mal über Grenze, sag ich einmal. Kein Problem gehabt. Überhaupt kein Problem, also mit irgendwas Schwerem, nie. Aber jetzt klar, jetzt kommt das, was ich viel-

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

leicht zu viel gemacht hab. [...] und jetzt muss ich halt, mich richtig halten (unverständlich), aber ich denk, wär ich auch machen. Habe ich mir fest vorgenommen. Auf jeden Fall.“ (t1, Z 458-476)

Katharina Rieger: „Irgendwie machen wir alles bis aufs Herz und dadurch steht man den ganzen Tag in der Bleischürze. Vor allen Dingen stehen. Eigentlich nur stehen und halt die Arme klar, die Arme sind immer etwas erhöht was natürlich für’n Rücken nicht so do- nicht so toll ist.“ (t1, Z12-15)

Katharina Rieger: „Man macht sich den Stress schnell selber, man setzt sich einfach schnell unter Druck. Ist so. Habe ich auch immer gedacht ja ja, aber es ist so. Ich habe bestimmt jetzt auch noch so Phasen, wo ich sag oh Gott, ist mir alles zu viel ja?“ (t2, Z666-669)

Abbildung 19 führt die Faktoren zusammen und zeigt exemplarisch an Interviewausschnitten mögliche Risikokonstellationen auf.



Abbildung 19: Risikokonstellation im Erwerbsleben: Kontextfaktoren und personenbezogene Faktoren

Ein entscheidender Aspekt in dieser Aufschlüsselung der Risikokonstellationen nach Faktoren ist, welche dieser Faktoren aus Sicht der Betroffenen beeinflussbar sind. Tätigkeitsbezogene Faktoren wie Arbeitsschutz oder Arbeitsprozesse werden einerseits als ursächlich für die aktuelle Situation eingestuft, aber gleichzeitig als nicht oder nur begrenzt beeinflussbar wahrgenommen. Auf das Arbeitsklima ist, so erlebt es ein Teil des befragten Personenkreises, ein persönlicher Einfluss möglich, doch hängt die Veränderung des Arbeitsklimas vom gesamten Team ab.

Auch private Belastungen oder die Lebenssituation betreffende Aspekte sind nur bedingt durch die eigene Person beeinflussbar. Die Faktoren, die der eigenen Person zugeschrieben werden, sind aus subjektiver Sicht tendenziell eher veränderbar. Es wird eingeräumt, dass das eigene Verhalten und auch die bisher eingesetzten Strategien, die den Umgang mit belastenden Situationen im Erwerbskontext bisher geleitet haben, verändert werden können. Die Selbstzuschreibung im Form eines eigenen Typs (vgl. Kapitel 4.2.1.2) und damit in Verbindung stehende Verhaltensweisen sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, denn diese Verhaltensweisen werden als ein Teil der gesundheitlichen Risikokonstellationen benannt. Das Alter, als unveränderliche Eigenschaft, wird in dem Sinne als Teil der Risikokonstellationen bewertet, in dem es in ein Verhältnis mit bestimmten Verhaltensweisen gesetzt wird. Im Rückblick auf das Berufsleben der älteren Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nahm die eigene Gesundheit in jüngeren Lebensjahren eine untergeordnete Rolle ein, d. h. es galt primär, die Anforderungen der täglichen Arbeit zu erfüllen und das ggf. auf Kosten der eigenen Gesundheit. Peter Hain schildert diese Einstellung als typisch für sein eigenes anfängliches Berufsleben, in dem er die „richtig schweren“ Röhrenfarbfernseher „alleine durch die Gegend getragen“ hat. (t2, Z552).

Peter Hain: „Gut ich hab mir's früher nie so vorgestellt. Wenn man eine schwere Sache durch die Gegend trägt, was es tatsächlich oder unterm Strich für Auswirkungen hat. Und das lernt man halt erst dann einmal, wenn man richtig betroffen ist. Wenn's einfach nimmer geht. Am Anfang halt als junger Kerl da packt man halt schneller, egal was es ist und nachher irgendwann kommt's halt doch die Einsicht, dass es doch nicht so ideal ist.“ (t2, Z506-511)

Auch heute beobachtet er diese Haltung bei einem „jungen und kräftigen Kerl“ (t2, Z531) und bei seinen Kindern, die das Thema Arbeit und Krankheit noch nicht interessiert (t2, Z341). Als tendenziell unveränderlich gelten Erfahrungen und Dispositionen für bestimmte Erkrankungen. Sie rahmen eher als stetige Einflussfaktoren die Risikokonstellationen. Abbildung 20 veranschaulicht diese subjektiven Einschätzungen in ihren Tendenzen.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

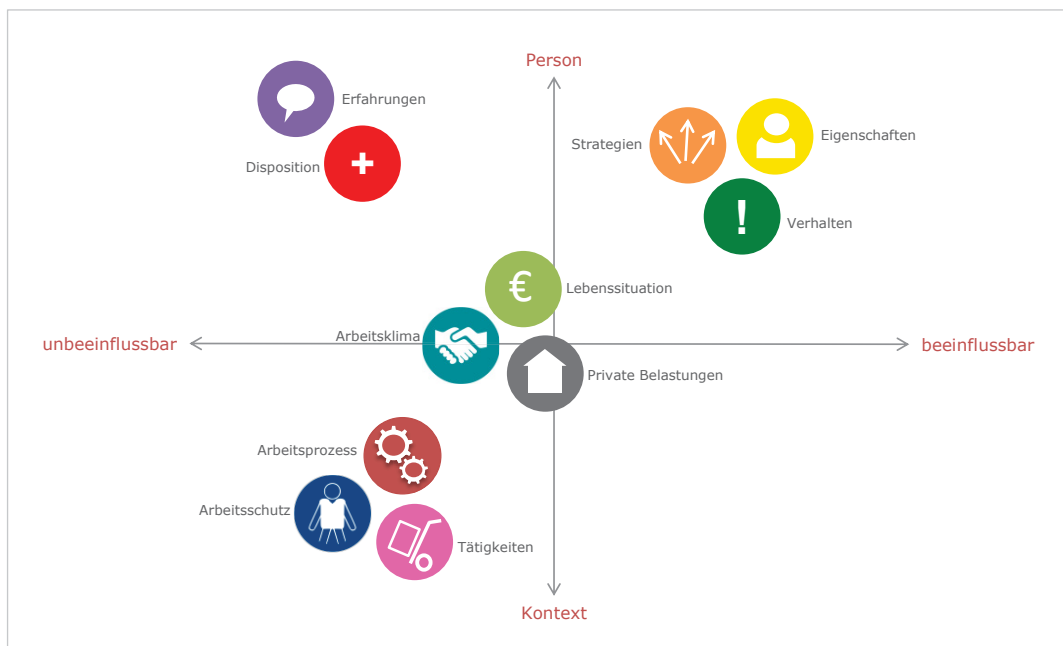


Abbildung 20: Subjektiver Beeinflussungsgrad der Kontextfaktoren und personenbezogenen Faktoren

Eine gesonderte Rolle in den unterschiedlichen Risikokonstellationen nehmen Strategien ein, die in diesem Kontext als wiederkehrende Erklärungs- und Handlungsmusterverstanden werden, die den Umgang mit gesundheitlichen Belastungen bedingen und unter Umständen zugleich Risikokonstellationen verstärken können. Die Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes und persönliche Erfahrungen können den Einsatz dieser Strategien fördern. Ein Szenario, dass in den Arbeitswelten aller Personen dieser Studie direkt oder indirekt erlebt wurde, bezieht sich auf die Erfahrung, dass ‚Kranksein‘ bzw. die Thematisierung bestimmter Risikofaktoren im Kollegium ein Problem darstellt und die Vorgesetzten wenig Verständnis dafür haben (vgl. Kapitel 4.1.2.2). Entsprechend werden Strategien gewählt, um Probleme zu vermeiden wie z. B. das Unterdrücken von Schmerzen im Arbeitsalltag. In der näheren Betrachtung dieses Phänomens wird ersichtlich, dass hinter diesen Strategien auch individuelle Konzepte von Gesundheit und Krankheit liegen können, die im Folgenden betrachtet werden.

4.2.1.2 Strategien und Orientierungen im Krankheitsverlauf „So lange du noch laufen kannst, kannst’ auch was machen.“¹¹⁵

In den Erklärungen für die eigene Erkrankung sowie in den Ausführungen zum Umgang mit gesundheitlichen Krisen werden im Datenmaterial individuelle Konzepte von Gesundheit sichtbar, die im Folgenden herausgearbeitet werden. Dabei muss berücksichtigt bleiben, dass dieser Forschungsgegenstand nicht im Mittelpunkt dieser Studie stand. Daher ist es nicht möglich, eine umfassende Analyse dieser Aspekte abzubilden. Dennoch werden anhand der erzählten Krankheitserfahrungen und Familiengeschichten in Grundzügen Haltungen zum Kranksein und Gesundheitspraktiken erkennbar, die im ersten Abschnitt über familiäre Prägungen zu Gesundheit und Krankheit herausgearbeitet werden, da diese eine Orientierungsgrundlage im Umgang mit der gegenwärtigen Krise darstellen. In den vorausgegangenen Ausführungen wurde bereits deutlich, dass für die Betroffenen auch individuelle Typisierungen eine leitende Funktion in der beruflichen Neuorientierung einnehmen können. Diese Typisierungen werden von dem Personenkreis in eine enge Beziehung zum Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem eigenen Körper gesetzt. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels über Körperdimensionen wird dieser Aspekt gesondert betrachtet.

Familiäre Prägungen und Praktiken zu Gesundheit und Krankheit

Einen Zugang zu gesundheitsspezifischen Prägungen und Praktiken bilden Erzählungen über Krankheiten und der Umgang mit Gesundheitsthemen in der Herkunfts- und Gegenwartsfamilie, die für jede Interviewpartnerin und jeden Interviewpartner in Anhang 3 tabellarisch zusammengetragen wurden. Ein weiterer Teil dieser Übersicht enthält ausgewählte Leitzitate, die herangezogen werden, um eigene Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit und Aspekte des Gesundheitshandelns zu untermauern.

Diese Aufstellung erlaubt zunächst eine Einordnung von Erkrankungstypen in den Familien. Erkrankungen in der Familie und im eigenen Leben können auf der einen Seite solche sein, die nicht oder nur begrenzt beeinflussbar sind und als schicksalhaft gelten. Hierzu gehören angeborene Erkrankungen, Behinderungen oder Unfälle. Diese werden im Verlauf des Familienlebens in den Alltag integriert und so zum Teil der Familiengeschichte bzw. der eigenen Lebensgeschichte. Auf der anderen Seite stehen die eigenen Erkrankungen, die das Resultat von komple-

¹¹⁵ Claudio Osdorf, t2, Z515f

xen Wirkungszusammenhängen (z. B. Belastungen im Beruf, Alter, Verhalten) sind und für die in der Regel keine Erfahrungen in der Herkunftsfamilie vorliegen. Die eigene gesundheitliche Lage stellt demnach eine vorbildlose Situation dar.

In den Daten zeichnet sich deutlich ab, dass Grundlinien wie die Haltung zum Kranksein in der Familie und gelebte Praktiken einen Einfluss auf den Umgang mit der eigenen Erkrankung aufweisen. Eine dieser Linien umschreibt das Modell der ‚Härte‘. Dieses umfasst die Erfahrung in der Herkunftsfamilie, dass es als normal gilt, harte Arbeit zu leisten und den damit verbunden körperlichen Beschwerden nur begrenzt Aufmerksamkeit zu schenken. Diese Grundlinie findet sich in allen Familien wieder und kennzeichnet – in unterschiedlichen Ausprägungen – die eigene Grundhaltung zu Arbeit und Gesundheit aller sechs Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Gleichzeitig zeigt sich, dass nicht alle Haltungen übernommen werden. Sabine Fesser beispielsweise grenzt sich vom ungesunden Lebensstil ihrer männlichen Familienmitglieder ab; Claudio Osdorf präferiert die fürsorgliche Haltung seiner Mutter und verortet sich selbst eher in helfenden beruflichen Kontexten (er wollte nicht in der Werkstatt seines Vaters arbeiten). Eine negative Steigerung und Abgrenzung vollzieht Brigitte Schulz, die sich im Gegensatz zu ihren Geschwistern noch mehr verausgabt.

Brigitte Schulz: „Der größte Teil von den Geschwistern, die eine die ist gesundheitlich auch angeschlagen, die kann nicht mehr schaffen. Die andere die hat auch zwei Bandscheibenvorfälle gehabt, also es war nicht so, dass die jetzt so ausgepowert sind wie ich.“ (t1, Z271-275)

Ein Leitbild, das sich ebenfalls fortzeichnet, ist die Normalisierung von körperlichen Leiden durch berufliche Belastungen. Generationenübergreifend wird von Beschwerden berichtet, die auf Grund von Arbeitsprozessen (privat und beruflich) mit zunehmendem Alter entstehen, in jungen Jahren noch ignoriert und erst mit Intensivierung der Leiden bewusster wahrgenommen werden. Implizit und explizit werden diese Beschwerden als normal und unvermeidbar dargestellt. Gleichzeitig werden durch die eigene Erkrankung Abweichungen von diesen Normalisierungstendenzen sichtbar. Es findet durch die eindringlichen Erfahrungen (z. B. Bruch im Berufsleben) eine Sensibilisierung statt, die dazu führt, dass die Beschwerden anders interpretiert werden und damit ihren Normalitätscharakter verlieren. So werden durchaus Gedankenansätze formuliert, wie durch eigenes Verhalten die heutige Situation hätte vermieden werden können, oder es wird das eigene grundsätzliche Verhältnis zu den Arbeitsfaktoren in Frage gestellt. Diese Erkenntnis sensibilisiert die Betroffenen zudem für die Arbeitsbelastungen anderer Familienmitglieder. Frau Schulz spricht ihre Befürchtungen bezogen auf die berufliche Zukunft ihrer Tochter direkt an.

Brigitte Schulz: „Ja, das gebe ich denen automatisch weiter. Mein, der Beruf, was sie ausführt ist ja auch nicht grad leichteste. Sie muss ja auch Walzen sechzig Kilo schwer sind die heben. Ja und da hab ich ihr gesagt, sie muss sich jetzt mal Gedanken drum machen, weil, es gibt ja eine gewisse Zeit und dann ist fertig. Hab ich gesagt in drei Jahren hab ich gesagt, bist du auch dreißig [...] und dann ist es irgendwann vorbei. Sie hat, merkt's jetzt auch im Kreuz und allem drum und dran. Sie hat ja, ja auch Probleme jetzt. Hab ich gesagt, du hast jetzt noch eine Chance, wenn jetzt so weit kommt, dass sie sagen, sie können dich nicht mehr behalten oder sonst irgendetwas, eine Weiter-Umschulung zu machen. Also du bist noch jung, also was bei mir nix mehr ist, also nur der Beruf, was du jetzt hast, den kannst du nicht ewig weitermachen. Auf keinen Fall.“ (t2, Z489-502).

Körperdimensionen

In enger Verknüpfung mit den prägenden familialen Leitbildern stehen individuelle Leitbilder, die eine wichtige Orientierungsgrundlage darstellen. Diese finden sich eindrücklich in Charakterbeschreibungen wider und in damit verbundenen Handlungsweisen. Sabine Fesser beispielsweise bezeichnet sich als Kamikazetyp (t2, Z120). Sie beißt lieber die Zähne zusammen und erträgt die Schmerzen. Ähnlich verhält es sich bei Katharina Rieger; sie schreibt sich das „Helfersyndrom“ (t1, Z152) zu, stellt die Bedürfnisse anderer vor ihre eigenen und betont, dass sie den Arbeitsstress braucht (t1, Z125). Hans Kirch ist ein „Naturmensch“ (t1, Z273); er liebt die Arbeit in der Natur und die mit seiner beruflichen Tätigkeit verbundenen Risiken.

Hans Kirch: „Und das ist als- schon mal ein Risikomuss ich sagen. Ich bin dann auch schon mal so knapp, an der Böschung runter. Also von dem her, aber wie gesagt, wenn man Angst hat, muss man den Job nicht machen. Dann macht man lieber was anderes. Aber mir liegt das und ich mach das halt wahnsinnig gerne. Also klein wenig Risiko muss immer sein, also von dem her.“ (t1, Z47-51)

Ausdruck finden die Leitbilder und Modelle bei den Betroffenen in der Wahrnehmung der Beschwerden und ihren Reaktionen darauf, in ihren Schilderungen der Krankheitserfahrungen, aber auch in ihren subjektiven Erklärungszusammenhängen und Ursachenzuschreibungen. Die körperlichen und psychischen Grenzerfahrungen, die durch die Krankheitserfahrung erlebt wurden (vgl. Kapitel 4.2.2.2) berühren die eigene Leistungsfähigkeit. Der Körper wird als Voraussetzung und Träger dieser Leistungsfähigkeit erlebt und unter diesen Erfahrungen zu beiden Interviewzeitpunkten stark in den Mittelpunkt der Krankheitserzählungen und Reflexionsprozesse gerückt. Einen analytischen Ansatzpunkt dieser Ausdrucksformen bilden demnach körperbezogene Beschreibungen, die den Umgang mit dem Körper und die Rolle des Körpers in Bezug auf Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt sehr plastisch widerspiegeln und durch vier unterschiedliche Dimensionen beschreibbar sind: Eigenleben des Körpers, Körperarbeit, Umgang mit dem Körper und Körperwahrnehmung. Diese Körperdimensionen konnten insbesondere in der Gegenüberstellung der Reflexionsprozesse zu beiden Interviewzeitpunkten herausgearbeitet werden.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Ein erstes Merkmal in den Erzählungen ist die eingenommene Distanz zum eigenen Körper. In Abbildung 21 werden anhand einzelner Interviewbeispiele die verschiedenen Facetten zusammengeführt, die diese Distanz kennzeichnen. Im Einzelnen ist es z. B. die eigene Kommunikationsstrategie des Körpers, seine Anpassungsleistungen, aber auch seine Unberechenbarkeit.

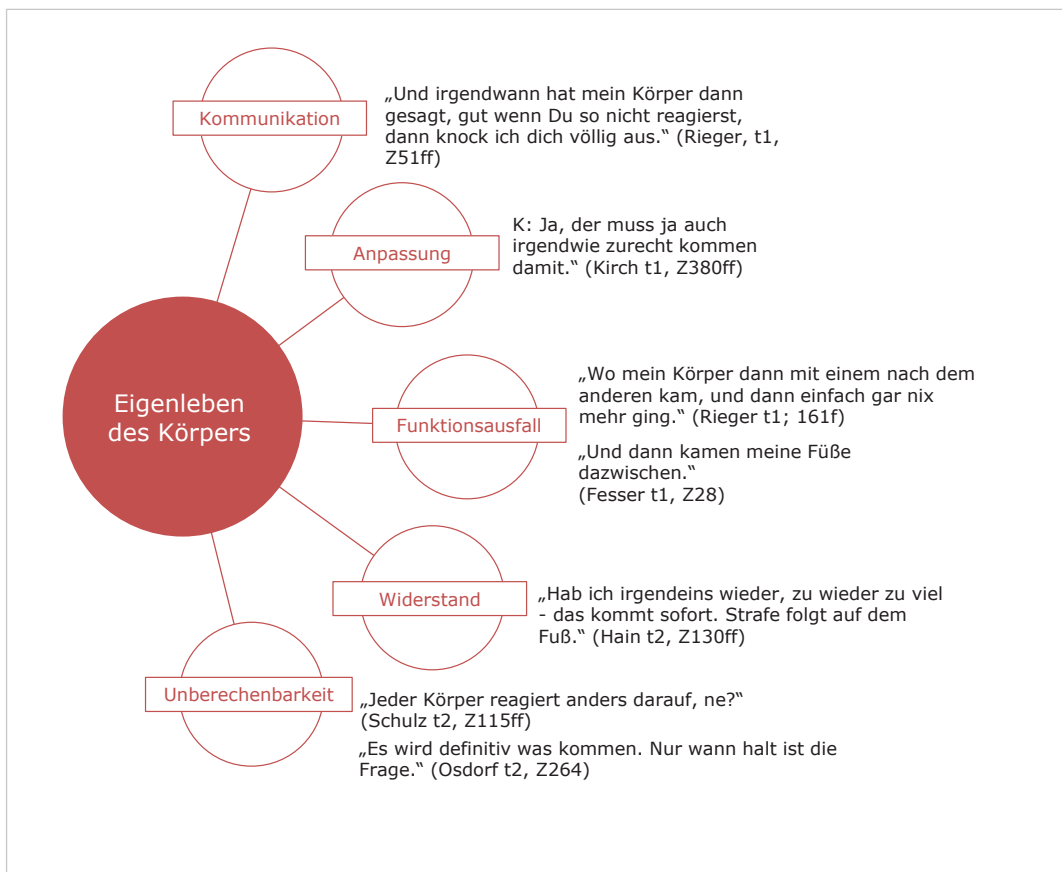


Abbildung 21: Körperdimension: ‚Eigenleben des Körpers‘

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In diesem Zusammenhang kann eine weitere Körperdimension beschrieben werden, welche die unterschiedlichen Aspekte der Körperarbeit umfasst (Abbildung 22). Unterschieden wird hier zwischen einem aktiven Körper, mit dem auch unter hohen Anforderungen gearbeitet werden kann, wenn dabei auch nicht selten körperlichen Grenzen überschritten werden. Auf der anderen Seite steht ein Körper, der durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen ein reibungsloses Arbeiten behindert. Zudem zeichnen sich innerhalb dieser Dimension aktuelle und antizipierte zukünftige Grenzen der körperlichen Leistungserbringung ab. Dies führt zu Unsicherheiten im Hinblick darauf, wie belastbar der Körper zukünftig sein bzw. wie sich die Erkrankung weiter entwickeln wird.



Abbildung 22: Körperdimension: ‚Körperarbeit‘

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Hinter dem Aspekt der täglichen Arbeit unter z. T. belastenden Bedingungen zeigt sich eine weitere Dimension im Hinblick auf den Umgang mit dem Körper (Abbildung 23). Es lassen sich explizit Aussagen darüber finden, die darauf verweisen, dass trotz Krankheit und Beschwerden zur Arbeit gegangen und der Körper langfristig verausgabt wird. Die Beschwerden werden reguliert und unterdrückt, so dass ein Gewöhnungseffekt im Hinblick auf die Beschwerden und Schmerzen eintreten kann. Diese Strategien werden zur Routine, um im Alltag zu funktionieren. Gleichzeitig bergen bestimmte Arbeitskontexte Gefahren und Risiken, denen der Körper durch die täglichen Arbeitsprozesse ausgesetzt wird. Ein neuer Aspekt, der im Verlauf des Krankheitsprozesses von den Betroffenen stetig und bewusst aufgegriffen wird, ist die Sorge um ihren Körper. Hier wird die Beziehung zum Körper um dessen Bedürfnisse und Grenzen herum aufgebaut, und es werden bspw. Schutzmechanismen entwickelt (vgl. Kapitel 4.3.2.3).

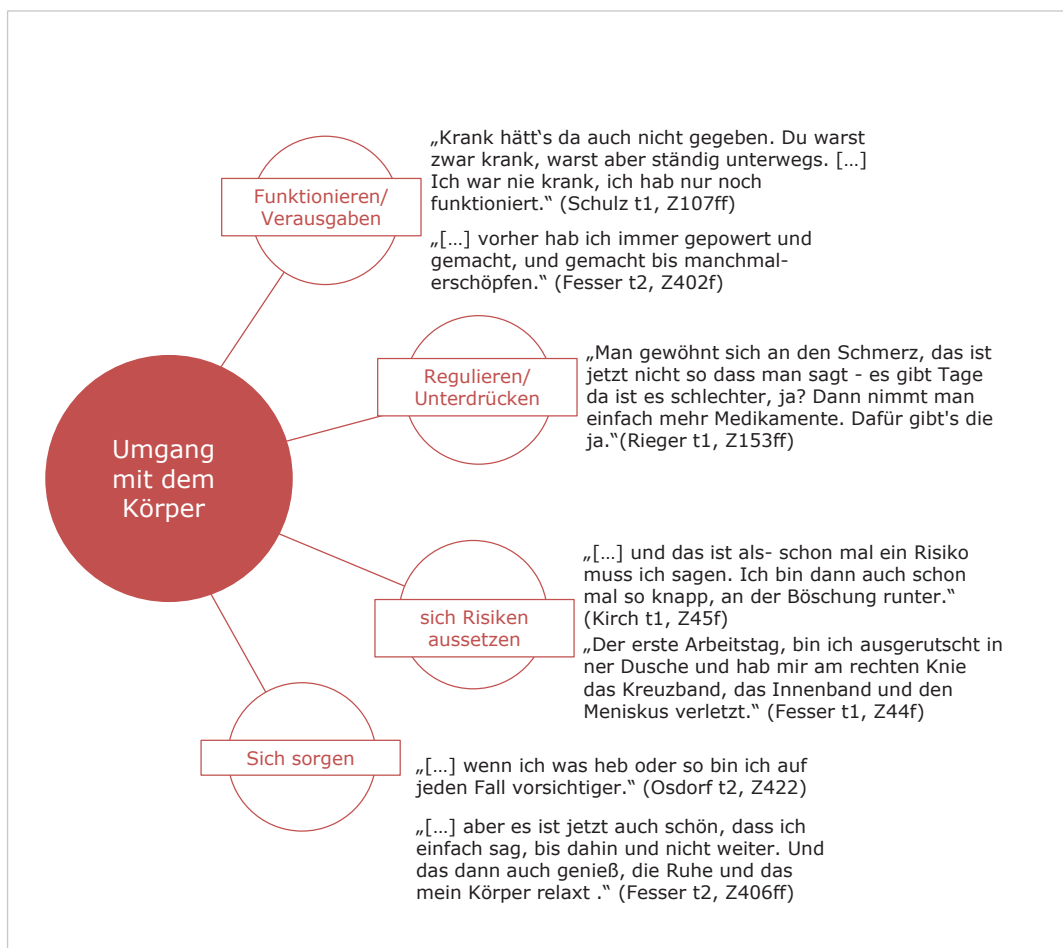


Abbildung 23: Körperdimension ,Umgang mit dem Körper'

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Der Umgang mit dem Körper ist charakterisiert durch verschiedene Aspekte der Körperwahrnehmung (Abbildung 24). Bereits in den zuvor illustrierten Kategorien kommt dieses Bewusstsein zum Ausdruck. So lassen sich unterschiedliche Ebenen der Körperwahrnehmung fassen: eine sehr bewusste Wahrnehmung der Belastungsgrenzen durch körperliche Anzeichen (z. B. Schmerzen) auf der einen Seite und auf der anderen Seite eine hohe Sensibilisierung für den eigenen Körper. Des Weiteren werden direkte Wirkungszusammenhänge wahrgenommen und nicht selten sehr präzise beschrieben wie bspw. welche Belastungen zu welchen Zeitpunkten Beschwerden auslösen. Daneben gibt es Schilderungen zurückliegender Phasen in der Erwerbsarbeit, in denen die Erkrankung latent war bzw. der Krankheitsprozess sich langsam entwickelte und nicht wahrgenommen wurde.

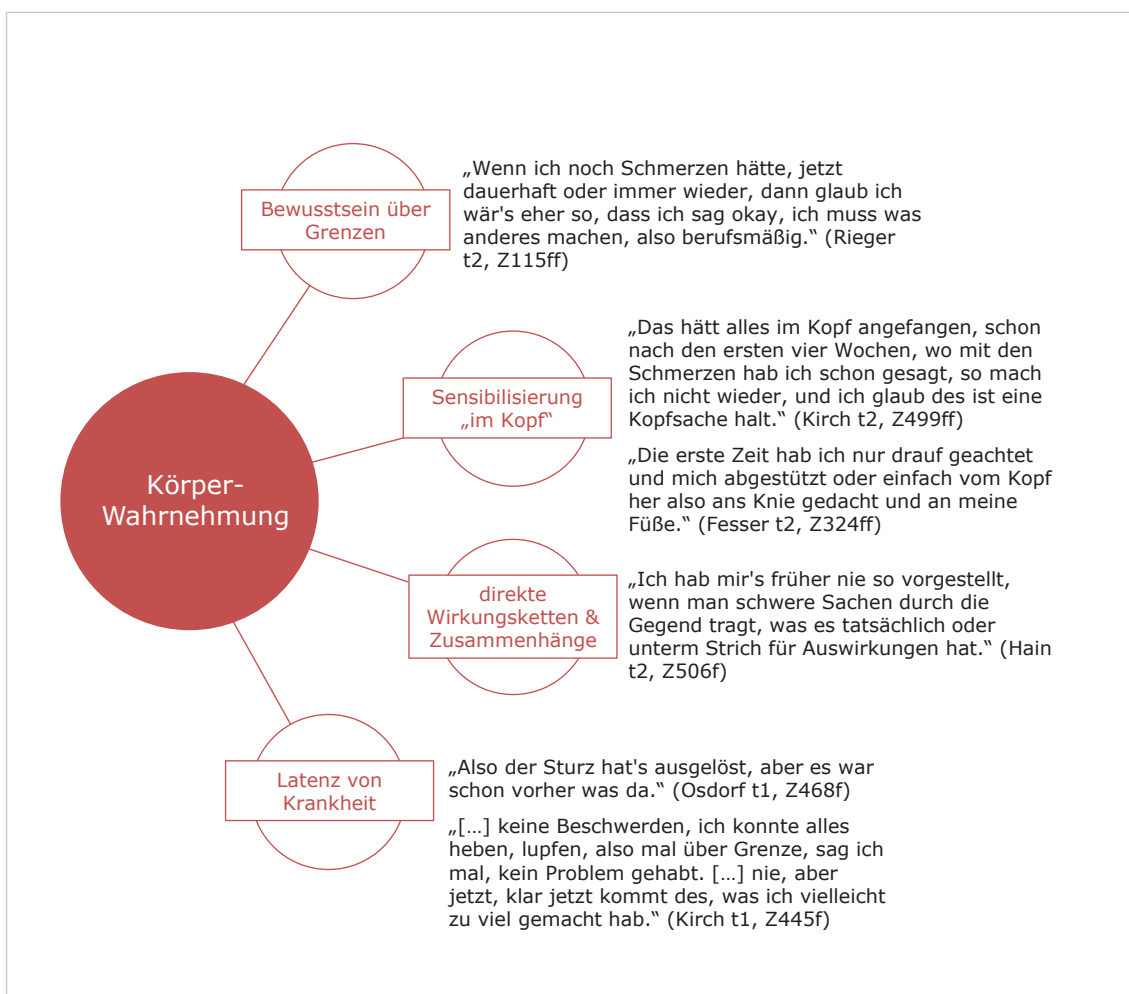


Abbildung 24: Körperdimension: ‚Körperwahrnehmung‘

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In Ergänzung zu den einzelnen Körperdimensionen formen sich auf übergeordneter Ebene unterschiedliche Bilder des Körpers heraus, die zugleich ein Verhältnis zu ihm beschreiben: der Körper als Maschine, als Medium oder als Kapital.

Der Körper als Maschine wird als Funktionseinheit beschrieben, die ohne Störungen funktionieren sollte. Daran schließen sich entsprechende Strategien an, um ihn zu regulieren oder zu reparieren, wenn er versagt. Der Körper wird als ein getrennter Teil des Selbst wahrgenommen und behandelt. Der Körper als Medium kanalisiert Belastungen, so dass sie spürbar werden. Ignoriert man diese Signale über eine lange Zeit, kann es zu einem „kompletten Ausfall“ (Katharina Rieger, t1, Z452) kommen. Ist man sensibilisiert für diese Signale und nimmt sie ernst, zieht man vorher die „Notbremse“ (Brigitte Schulz, t1, Z42). Im Bild des Körpers als Kapital fungiert er als Träger von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, in den es sich lohnt zu investieren. Der Körper ist in diesem Bild Voraussetzung, um arbeiten zu können.

Zwar lassen sich die Körperbilder nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen und finden sich durchaus ‚gemeinsam‘ in Einzelfällen wieder – dennoch dominiert eines dieser Verhältnisse zum Körper und bestimmt den Umgang mit ihm im Kontext der Erwerbsarbeit. In Abbildung 25 werden die Körperbilder exemplarisch durch Interviewauszüge illustriert.

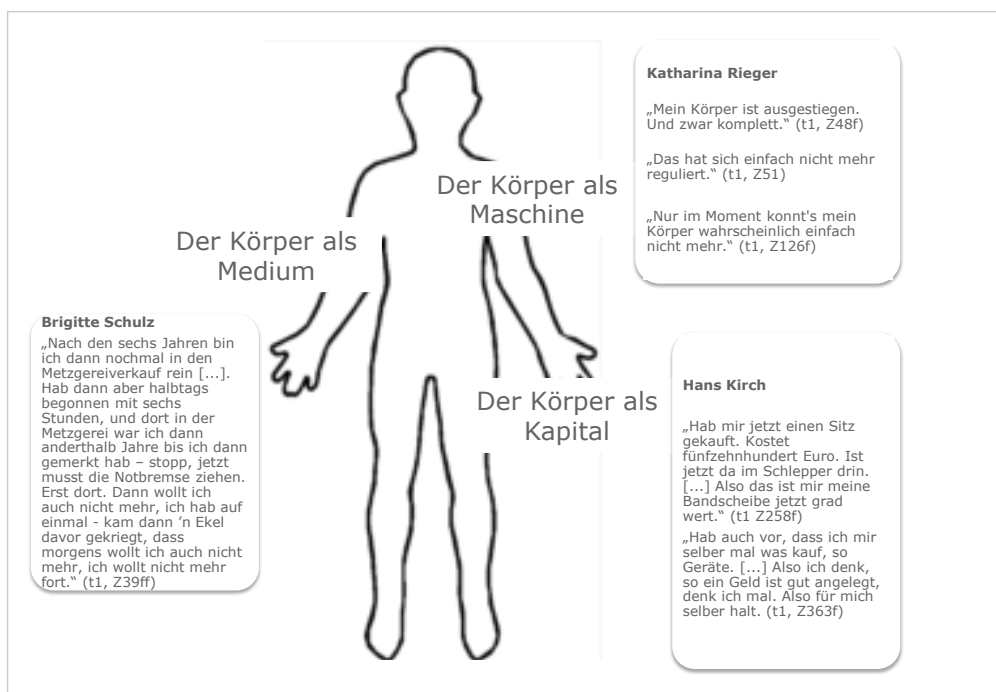


Abbildung 25: Körperbilder

Nachdem die Krankheitserfahrungen der Betroffenen in Form des Schlüsselerlebnisses und zurückliegender Leidensprozesse beschrieben und Ursachenzuschreibungen für die gegenwärtige gesundheitliche Krise herausgearbeitet wurden, richtet sich der Blick nun auf die Gegenwart. Im Folgenden werden die Auswirkungen der Erkrankung auf die unterschiedlichen Lebensbereiche untersucht.

4.2.2 Leben mit der Erkrankung

In den Ausführungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner über den Krankheitsverlauf zu beiden Interviewzeitpunkten kommt sehr stark zum Ausdruck, wie sehr die Erkrankung nachhaltig das eigene Leben verändert hat. In der Aufschlüsselung dieser Veränderungen fallen zwei Bereiche besonders ins Gewicht, die in den jeweiligen Kapiteln „Veränderungen im Lebensalltag“ sowie „Das Selbst im Spiegel der Erkrankung“ behandelt werden.

4.2.2.1 Auswirkungen der Erkrankung auf den Lebensalltag „Freizeitsport oder so ging halt gar nicht mehr.“¹¹⁶

Die Auswirkungen der Erkrankung auf den Lebensalltag werden in privaten und beruflichen Bereichen erfahren. Sie betreffen Einschränkungen in diesen beiden Lebensbereichen, eine Neuordnung von Familienarbeit und beziehen sich auf die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung.

Einschränkungen im privaten und beruflichen Umfeld

Betrachtet man zunächst die Veränderungen im privaten Alltag, wird deutlich, dass die Gesundheitsprobleme – ob schleichend oder plötzlich – einen eingeschränkten Bewegungs- und Aktivitätsradius nach sich ziehen. Verursacht das Laufen, Treppensteigen oder gar jede Bewegung Schmerzen, schränken sich die Aktivitäten zwangsläufig ein. An Unternehmungen in der Freizeit kann nicht mehr wie früher partizipiert werden.

Peter Hain: „In den letzten Monaten war’s halt krass. Da ging also Freizeitsport oder so ging halt gar nicht mehr. Da ist man von der Arbeit nach Hause aufs Sofa, langlegen. Das ging noch einigermaßen und dann habe ich gesagt nee so geht’s nicht mehr weiter, da müssen wir jetzt was tun.“ (t1, Z69-72)

Veränderungsprozesse des beruflichen Alltags zeichnen sich in Abhängigkeit der Krankheitsphasen und den damit verbundenen Beschwerden und Einschränkungen schon lange vor dem Schlüsselerlebnis ab. Routineabläufe fallen schwerer, und Arbeitsabläufe müssen den Be-

¹¹⁶ Peter Hain, t1, Z71

schwerden angepasst werden. Es wird nicht selten unter Schmerzen gearbeitet, was den Kollegen häufig nicht verborgen bleibt. Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich und reichen von Unterstützung über Skepsis bis hin zu offener Ablehnung (vgl. Kapitel 4.1.2.2 und Kapitel 4.2.1.1). Neben körperlichen Belastungen wirken auch psychische Belastungen stark einschränkend auf die tägliche Arbeitsroutine:

Brigitte Schulz: „Nach den sechs Jahren bin ich dann nochmal in den Metzgereiverkauf rein [...]. Hab dann aber halbtags begonnen mit sechs Stunden, und dort in der Metzgerei war ich dann anderthalb Jahre bis ich dann gemerkt hab – stopp, jetzt musst die Notbremse ziehen. Erst dort. Dann wollt ich auch nicht mehr, ich habe auf einmal - kam dann 'n Ekel davor gekriegt, dass morgens wollt ich auch nicht mehr, ich wollt nicht mehr fort.“ (t1, Z39-45)

Temporäre Arbeitsunfähigkeit sowie langfristige gesundheitsbedingte berufliche Veränderungen ziehen nicht selten finanzielle Einbußen nach sich. Der Verdienst, den man vor dem gesundheitsbedingten beruflichen Ausstieg hatte, steht nun nicht mehr zur Verfügung, und der gewohnte Lebensstandard kann nicht immer gehalten werden.

Interviewerin: „[...] sind Sie noch im Schlaflabor machen Sie das noch nebenbei?

Katharina Rieger: nee mh mh, das haben wir aufgehört letztes Jahr, weil ich auch gesagt hab, irgendwann muss ich, muss irgendwo ein Ende finden und irgendwo kürzertreten. [...] das sind vierhundert Euro die wegfallen, ja also definitiv aber, ich habe mir halt lange überlegt was ist jetzt wichtiger, dass es mir gut geht und ich vielleicht durchschlafe.“ (t2, Z265-285)

Neuordnung von Familienarbeit

In Phasen verstärkter auftretender Gesundheitsprobleme müssen die Arbeiten innerhalb der Familie neu verteilt werden (vgl. Kapitel 4.3.2.2 zu Ressourcen). Es zeigt sich im Kontext der Familienarbeit, dass zusätzliche Aktivitäten auf die Agenda gesetzt werden, z. B. Arztbesuche oder Therapietermine. Der Tagesrhythmus passt sich diesen neuen Aktivitäten an, ist aber ebenso durch die Gesundheitsprobleme verändert, wenn z. B. regelmäßig Medikamente eingenommen werden müssen oder die Schmerzen am Morgen beim Aufstehen mehr Zeit einfordern. All diese Aspekte führen schließlich dazu, dass unter Umständen langfristige Pläne der Familie bzw. des Einzelnen verändert werden müssen. Herr Hain macht sich bspw. große Sorgen, ob der den lang geplanten Urlaub mit seiner Frau antreten kann. Seine Rückenprobleme und die laufende Rehabilitationsmaßnahme lassen diesen Plan unsicher erscheinen (t1, Z179ff). Ein stabiles familiäres Netzwerk ist insgesamt sehr wichtig für die Bewältigung neuer gesundheitsbedingter Anforderungen. Frau Fesser kann für zwei Monate bei ihrer über 80-jährigen Mutter wohnen, die in einer ebenerdigen Wohnung lebt, und sie kann so nach ihrer Knie-OP das Treppensteigen vermeiden (t1, Z220ff). Claudio Osdorfs Mutter fährt ihn regelmäßig zu den Therapieterminen (t2, Z512ff). Hans Kirch beschreibt, wie ihm seine Söhne die Arbeit im Familienbetrieb abnehmen.

Hans Kirch: „Hab noch so einen kleinen Landwirtschaftsbetrieb nebenher. Also jetzt einer, der jüngste, der macht die ganzen Spritzarbeiten, der Mittelste der ist bei der Bundeswehr und der älteste der macht grad die zweite Lehre. Also vom Ältesten und vom Jüngsten, die sind voll dabei. Also, der Mittelste der ist ja die ganze Woche fort, das geht ja nicht, aber der Älteste und der Jüngste die sind voll hinten dran und Frau auch. Das klappt echt gut muss ich sagen. Kann man sich hundert Prozent drauf verlassen, sonst könnt ich da auch nicht so hin so ruhig in der Reha sitzen oder so irgendwas machen oder ich mein, ich geh ja auch abends immer heim. Ich hab man noch so Teil- Teilreha. [...] Wenn ich heimkomme und ich sehe die Jungs die haben schon alles gemacht oder vorgerichtet, also [...] ich brauch da gar nix mehr sagen. Das läuft, sonst könnt man sich glaub ich so ne Heilung auch gar nicht vorstellen.“ (t1, Z484-503)

Ebenfalls können sich neue Themen und Dynamiken innerhalb des Familienkreises entfalten, die im Zusammenhang mit der Sorge um die eigene Gesundheit oder mit der neuen Lebenssituation stehen. Frau Rieger hört „grundsätzlich nicht“ (t1, Z450) auf die Ratschläge ihres Freundes; schätzt hingegen sehr die Sorge ihrer Mutter (t2, Z410) und der besten Freundin (diese hat sie während der akuten Krise zum Arzt gebracht, t1, Z451). Frau Schulz erörtert ausgiebig mit ihrem Mann ihre Problemlage, was zunächst eine positive Dynamik in die Beziehung bringt (t1, Z336), aber langfristig leidet die Beziehung unter den Krankheitsfolgen (Schmerzen, Depression) (t2, Z183f). Claudio Osdorf schildert, wie sich das Verhältnis zu seinem Vater verändert hat (vgl. Kapitel 4.2.2.2):

Interviewerin: „Und wie geht Dein Vater mit seiner eigenen Gesundheit um?

Claudio Osdorf: Der ist skrupellos, also er ist- macht viel hobbymäßig in seiner Werkstatt, er macht Schrottautos tut er renovieren restaurieren. Und wenn er halt lackiert oder sonst irgendwas, hat er keinen Mundschutz an oder die entsprechenden Sicherheits- macht er halt nicht. Und klar grad durch die Schule jetzt bei mir krieg ich des ja auch vermittelt Sicherheit. Und wenn ich jetzt dann am Wochenende ab und zu mal daheim bin und sehe ihn in der Werkstatt, dann kriegt er halt von mir jetzt eine drauf. Also das sag ich ihm dann auch. Und ja so langsam hat er auch wegen sie- sieht er mich als vollen Mann oder als richtige Person an, wo er auch mal zurück, ja?“ (t2, Z521-530)

Erweiterte Inanspruchnahme von Unterstützung

Ein weiteres Element der Veränderungsprozesse findet sich in der verstärkten Inanspruchnahme des bestehenden sozialen Netzwerkes. Im letzten Zitat wurde deutlich, dass die Krankheitserfahrungen sowohl in der Familie, dem näheren Freundes- und Bekanntenkreis und im Kollegium neue Akzente in der Interaktion und Kommunikation setzen können. Das eigene Kranksein löst auch in der Arbeitswelt neue Diskurse und Interaktionsformen aus. So sind die Kollegen von Hans Kirch und von Claudio Osdorf im Falle der plötzlichen Gefahrenlage aufgefordert, aus den laufenden Arbeitsprozessen heraus im Notfall zu handeln (Hans Kirch konnte nicht mehr gehen, und Claudio Osdorf lag bewusstlos nach dem Sturz auf dem Boden). Hans Kirch wurde vom Kollegen selbstverständlich nach Hause begleitet (t1, Z129); hingegen hat der Chef von

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Claudio Osdorf die Kollegen angewiesen, nicht eigenmächtig den Kollegen zum Krankenhaus zu fahren:

Claudio Osdorf: „Ich war bewusstlos. Ich wurde gefunden und dann wollten sie [die Kollegen, Anm. S.B.] einen Krankenwagen rufen. Aber dann hat mein Chef zu denen am Telefon gesagt, wer mich ins Krankenhaus fährt, dem zieht er eine Stunde ab. [...] Ja genau so war das, und die Arbeiter, wo ich auf der Baustelle war das waren Franzosen, die haben dann klar erst mal Angst gekriegt und schlussendlich haben die rumgestritten am Telefon, mich muss jemand ins Krankenhaus fahren. Da habe ich meine Mama angerufen, die hat dann im Prinzip den Krankenwagen gerufen, aber in dem Zeitspann wo der Krankenwagen zu mir kam, hat ein anderer Mitarbeiter von uns hat mich einfach abgeholt und hat mich ins Krankenhaus gefahren. Also das nehme ich dem Chef auch sehr übel.“ (t1, 593-607)

Aus der Perspektive des Kollegiums wird berichtet, dass eine kranke Kollegin oder ein kranker Kollege ein Belastungsfaktor sein können. Katharina Rieger schildert dies aus eigener Erfahrung:

Katharina Rieger: „Ich glaub da ist einfach nur die Angst da. Hier jetzt, wenn der jetzt ausfällt, dann bin ich hier alleine oder, ist so. [...] Ich mach die Urlaubsvertretung von beiden und ich mach auch die Krankheitsvertretung von beiden. [...] Wenn man sich ausrechnet, ist das eine verdammt lange Zeit, die ich da im Jahr einfach alleine bin und einfach immer den Job von dem anderen mitmachen muss.“ (t1, Z176-186)

In der akuten Krankheitsphase und insbesondere in der anschließenden Zeit zeigt sich, wie belastbar die Bande der Netzwerke wirklich sind, und auf wessen praktische und emotionale Unterstützung die Betroffenen zurückgreifen können. Meist sind es die nächsten Angehörigen, die eine intensive Unterstützungsarbeit leisten, wie z. B. durch die Übernahme täglich anfallender Arbeiten zu Hause. Ein stabiles soziales Netzwerk hilft zudem, um in den Lebensalltag zurückzufinden und neue Vorsätze umzusetzen oder gar einen beruflichen Neustart zu wagen:

Claudio Osdorf: „Also meine Eltern finanzieren oder unterstützen mich ein bisschen. Und am Wochenende geh ich halt heim und arbeite noch bei meinem alten Chef, also das was geht körperlich. [...] und versuch's denen halt dann wieder zurück- oder gebe das halt dann meinen Eltern. Aber ich sag mal, ohne Unterstützung von meinen Eltern wär ich hier nicht und könnt die Baukönt den Bautechniker gar nicht absolvieren.“ (t2, Z153-160)

Zugleich sind es nahestehende Personen, die erste Belastungssignale wahrnehmen und Warnungen aussprechen.

Katharina Rieger: „Also meine Mutter merkt jetzt auch, okay jetzt kommt's wieder so an, wie so ein bisschen an ihre Grenze, jetzt wo das alles aufeinander kam. Auto kaputt, die Insolvenz angemeldet, dann mit dem Stall der wechselt. Das das war ja, jetzt ist ja alles alles aufeinander gekommen. Da hat meiner Mutter auch zu mir gesagt, hey jetzt musst wieder langsam machen, ich merk dass es dir zu viel wird. Und sie mir also des auch- sie gucken auf mich, alle, doch doch.“ (t2, Z406-412)

4.2.2.2 *Das Selbstbild im Spiegel der Erkrankung*

„Freunde, Bekannte, Family, die sind alle gesund.“¹¹⁷

Die Krankheitserfahrungen, die jede der befragten Personen durchlebt, sind sehr individuell. Dennoch zeichnet sich übergreifend ab, dass sich im Zuge dieser Erfahrungen ein verändertes Selbstbild herausbildet. Damit in Verbindung stehen Grenzerfahrungen und Sensibilisierungsprozesse, die ein verändertes Gefühl für den eigenen Körper und dessen Bedürfnisse nach sich ziehen. Eine Facette des veränderten Selbst ist auch ein neues Selbst-Bewusstsein, das sich u. a. darin ausdrückt, zurückliegende Situationen kritisch zu bewerten und seine eigene Rolle darin zu reflektieren sowie der Umwelt die eigenen Bedürfnisse und Grenzen zu kommunizieren. In diesem Zusammenhang findet eine starke Auseinandersetzung mit der neuen Rolle als erkrankter Mensch statt. Gleichzeitig kann beobachtet werden, wie sich das Verhältnis zur Alltagszeit verändert und welchen Einfluss die Erkrankung auf die zukünftige Lebenszeit ausübt.

Ein verändertes Selbst

Die Krankheitsfolgen erreichen in der Phase nach dem Schlüsselerlebnis eine neue Dimension. In den zurückliegenden Krankheitsepisoden ließen sich die Einschränkungen noch kompensieren und regulieren, und die Krankheitssymptome spielten im Berufsalltag eine untergeordnete Rolle. Doch das Schlüsselerlebnis und die anhaltenden Krankheitserfahrungen in der Zeit danach haben dauerhaft Spuren hinterlassen und lassen die Krankheit auch zum zweiten Interviewzeitpunkt, also ca. ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik, allgegenwärtig erscheinen. Insbesondere das Schlüsselerlebnis nimmt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung ein. Wie prägend die hier erlebten Erfahrungen waren, schildert Hans Kirch:

Hans Kirch: „Hab ich eigentlich nicht so gedacht, dass es so gravierend ist aber, es ist eigentlich ein richtiger Einschnitt. [...] Also das hat sich schon einiges geändert. Ich mich auch, muss ich auch sagen. Ich sehe mal viele Sachen nicht so ernsthaft und bin lockerer. Lege immer mal, na und ruh aus und nicht jede freie Minute irgendwo was machen muss. Hab mich auch bissel verändert muss ich sagen, ja? Ja gut, wenn man weiß, was für Schmerzen das waren, ein zweites Mal würde ich das nicht also, oder Wirbelversteifen oder so oder so dann ist ganz aus.“ (t2, Z19-26)

Hans Kirch: „[...] Wenn man vier Wochen lang nicht kann sich richtig bewegen, dann merkt man erst, was einem fehlt. Ich hab am Anfang hab ich keinen Strumpf können anziehen, hat meine Frau müssen den Strumpf anziehen. Das war furchtbar, angewiesen äh wie so ein Pflegefall bin ich mir vorkommen. Ja das war – ich find das war des Schlimmste für mich, abhängig und von anderen abhängig zu sein das verkrafte ich nicht so etwas.“ (t2, Z404-410)

¹¹⁷ Sabine Fesser, t1, Z146f

Hans Kirch erlebt einen extremen Autonomieverlust durch den Krankheitseinbruch. In anderer Weise beschreibt dies auch Katharina Rieger:

Katharina Rieger: Ich war ja nicht mehr ich selber. [...] Wenn man diese dauerhaften Schmerzen hat [...] dann ist man irgendwann, wenn's dann zu viel wird, ist man überreizt (.) (t1, Z156-158)

In beiden Beispielen drücken sich unterschiedliche Krankheitserfahrungen in Bezug auf das Selbsterleben aus: Die Krankheitssymptome wie z. B. Schmerzen können das Selbst in der akuten Krankheitsphase verändern. Daneben können die Erfahrungen bspw. des Autonomieverlustes im Zeitraum der akuten Phase, nachhaltige Veränderungen in einem Selbst auslösen, um diese Erfahrungen nicht ein zweites Mal erleben zu müssen. Exemplarisch zeigen beide Beispiele zudem auf, wie belastend körperliche Einschränkungen für die Psyche sein können. Die Rückkehr in den Alltag findet unter dieser prägenden Erfahrung und unter neuen Bedingungen statt: die Krankheitsfolgen und die Krankheitsrisiken sind ein ständiger Begleiter dieses Rückkehrprozesses. Auch ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik wird immer wieder thematisiert, dass ein erneuter Rückfall zu vermeiden ist. Schon kleine Symptome können die Angst davor auslösen (vgl. Kapitel 4.3.2.3).

Hans Kirch: „Noch so Schonhaltung mache ich immer noch. Da habe ich immer das Gefühl, jetzt fängt auf der anderen Seite an. Also wieso, weiß nicht, ob ich mir das alles mal einbilde aber, es kann schon sein denk ich mal. Aber das immer (unverständlich) so Angst, hätt's immer eigentlich. [...] Also ich habe immer das Gefühl, jetzt jetzt ist irgendwas auf der anderen Seite. Aber was, aber wenn dann so in Bett liegst dann merkst es ist ja eigentlich gar nix (unverständlich). Wie so Phantomschmerz (unverständlich) aber, das ist auch nicht jeden Tag.“ (t2, Z154-164)

Durch das stetige Austesten des Leistungs- und Aktivitätsradius im Zuge der Rehabilitation und später im Alltag wird den Betroffenen vor Augen geführt, in welchem Ausmaß eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit vorliegt.

Sabine Fesser: „[...] die Schmerzen zwingen mich dann dazu, weil die sind dann so fatal, dass ich ernsthaft sag, es geht nicht mehr, muss ich mich absetzen. Also letztens war da meine Schwester mit ihren Kindern. Da waren wir unterwegs in der Stadt und Besorgungen gemacht und dann irgendwann war meine Grenze erreicht und gesagt, ich muss mich absetzen. Setz mich dann auf die Bank und kannst mich dann wieder abholen. Also das macht mich dann, das stört mich dann schon manchmal, dass es da so ich da nicht, kenn ich nicht von früher.“ (t2, Z95-101)

Diese Grenzerfahrungen gehen einher mit einer Sensibilisierung für den Körper und dessen Bedürfnisse. Man spürt auf der einen Seite die Befreiung von Beschwerden durch die medizinische und rehabilitative Behandlung. Auf der anderen Seite vermitteln wiederkehrende Schmerzen die neuen Leistungsgrenzen im Berufsalltag bzw. im privaten Alltag.

Hans Kirch: „Hab ich zuerst gedacht, zwanzig Kilo ja das ist gar nix. Na dann hätt sie [Ärztin in der Klinik, Anm. S.B.] gesagt, ja fünfzig Kilo kann ich auch machen, aber sie garantiert mir dann in fünf sechs Jahren ist dann der untere Wirbel steif und ich muss sagen, zwanzig Kilo bis geht's

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

und dann muss ich selber sagen, fertig also, man merkt doch genau, wo zwanzig Kilo sind das hätt ich nichtgedacht.“ (t2, Z487-491)

Diese Beispiele illustrieren exemplarisch die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag und auf das Selbstbild. Insbesondere der berufliche Alltag ist davon in besonderem Maße betroffen; und nicht nur auf der körperlichen Ebene. Nicht selten waren es die früheren Einstellungen und Verhaltensweisen, die nun als Faktoren einer gesundheitlichen Risikokonstellation bewertet werden. Einfluss auf diesen Perspektivwechsel hat die Phase der medizinischen Rehabilitation, denn in diesem Kontext finden Lernprozesse statt, die zur Reflexion vergangener Situationen, Haltungen und Verhaltensweisen anregen und die Bedeutung und Notwendigkeit von Veränderungen in den einzelnen Bereichen aufzeigen. In dieser Phase werden Raum und Zeit für neue Perspektiven und Ressourcenaktivierung geschaffen (vgl. Kapitel 4.3.2.2 zu den Rahmenbedingungen des Rückkehrprozesses).

Die Betroffenen werden sich der Krankheit als dauerhaften Teil ihres Selbst zunehmend bewusster. Die damit verbundenen Grenzen und Ausgrenzungen im sozialen Leben können psychisch stark belastend sein.

Brigitte Schulz: „[...] Ich hab jetzt auch Vollerwerbsminderung beantragt, weil ins Berufsleben kann ich nicht mehr zurück. [...] Was halt jetzt noch viel mitspielt sind halt ja die Depressionen. Nachts werde ich immer wach allein durch die Schmerzen. Und wenn ich halt sehr viel mach, kann ich kaum laufen, [...] und es ändert sich nix, ne? Und das führt halt weiterhin zu Depressionen.“ (t2, Z13-24)

Brigitte Schulz: „Also was für mich das Beste wäre, das hab ich auch zu meinem Mann gesagt gehabt, dass ich wieder ein paar Stunden raus komm zum Schaffen. Also es muss nicht mehr voll sein, [...] aber da ein paar Stunden will ich wieder raus hab ich gesagt, weil daheim fällt die Decke auf den Kopf. [...] Ich bin jetzt ein Jahr daheim, man zieht sich immer von gesellschaftlichen Dingen zurück, auch vom Freundeskreis allem drum und dran.“ (t2, Z123-135)

Ein weiterer, eher positiver Aspekt der persönlichen Veränderungen findet sich bei Claudio Osdorf, der sich durch neue berufliche Herausforderungen stark verändert hat.

Claudio Osdorf: „Grad früher, also noch, wo ich noch in der Ausbildung war, da bin ich ab und zu mal gar nicht zur Schule gegangen. War halt noch unreif im Kopf sag ich mal, hab gelernt wann ich will. Und jetzt würde ich schon sagen, ich habe mich um, hundertachtzig- dreihundertsech-dreihundertneunzig Grad gedreht und ja lernen lernen, ja?“ (t2, Z64-68)

Diese positiven Selbsterfahrungen verändern auch sein Verhältnis zu seinem ehemaligen Chef, der ihn nun nicht mehr nur als einfachen Arbeiter sieht, ihn „mehr akzeptiert“ und mit „mehr Respekt behandelt“ (t2, Z326ff). Gegenüber seinem Vater tritt er selbstbewusster auf als früher (t2, Z521ff). Wesentliche Voraussetzungen für einen positiven Wandlungsprozess sind positive berufliche Perspektiven und eine relative stabile gesundheitliche Lage.

Zwischen Krankheit und Gesundheit

In der Auseinandersetzung mit der Gestalt von Krankheit und Gesundheit in den Interviews kann zunächst ein Unterschied ausgemacht werden zwischen einem Zustand von Kranksein oder sich gesund fühlen, dem Status als gesunder oder kranker Mensch und der eigenen Verortung zwischen diesen beiden Bereichen.

Die Betroffenen sprechen eher vom Gefühl gesund zu sein, wenn sie sich auf bestimmte zeitlich begrenzte Situationen beziehen, in denen sie beschwerdefrei oder besonders zufrieden sind.

Interviewerin: „Wann fühlen Sie sich gesund? [...]

Hans Kirch: Meistens am Sonntag, wenn die Woche rum ist und ich das Ziel, wo mir gesteckt hab erfüllt hab. Dann geht's mir eigentlich relativ gut.“ (t2, Z417-420)

Interviewerin: „Und was ist für Dich Gesundheit, wann würdest Du sagen fühlst Du Dich gesund?“

Claudio Osdorf: Wenn ich mich gesund fühl? Wenn ich meinen Rücken einen Tag nicht spüre.“ (t2, Z432-435)

Krank zu sein bezieht sich auf zeitlich begrenzte Zustände akuter gesundheitlicher Probleme im Erwerbskontext, die durch eine Krankschreibung markiert sind.

Katharina Rieger: „Ich habe vorletztes Jahr irgendwann hat's angefangen, so dass ich drei Monate vier Monate lang ständig immer wieder Husten und Fieber und war aber nie krank. Ich war immer auf Arbeit. Das schon, aber ich habe, das hat sich einfach nicht mehr reguliert, also ich habe irgendwie und dann hat ich eine Lungenentzündung, dann ne Bronchitis, dann wieder Rückenbeschwerden dann wieder Probleme mit der Ferse und das hat sich übers Jahr irgendwie immer wieder, ich war zwar nie krankgeschrieben, aber ich habe immer wieder was gehabt. (t1, Z49-55)

Brigitte Schulz: „Krank hat's da auch nicht gegeben. Warst zwar krank, warst aber ständig unterwegs. Das hast du gar nicht mehr ganz wahrgenommen, [...] Ich habe im Geschäft gestanden, da ist mir schon die Luft weggeblieben. Ich habe nen halben Hörsturz gehabt. Ich hab, ich war nie krank, ich hab nur noch funktioniert.“ (t1 Z107-110)

Wie zuvor gezeigt werden konnte, ist die Krankheit zum dauerhaften Teil des Selbst geworden. Im Spiegel des Schlüsselerlebnisses und angesichts einer lebenslangen gesundheitlichen Vulnerabilität ist bei allen Betroffenen eine Statusverschiebung von einem ‚Mehr an Gesundheit‘ zu einem ‚Mehr an Krankheit‘ zu beobachten. Das ‚Mehr an Krankheit‘ ist dadurch gekennzeichnet, dass die Erkrankung sowohl in präsenter (spürbar und sichtbar) als auch in latenter Form (beschwerdefrei und nicht sichtbar) eine ganzheitliche und bleibende Lebenssituation darstellt und als ein Bestandteil in die zukünftige Lebensplanung integriert wird.

Katharina Rieger: „Ich merk vom Rücken her jetzt auch nix mehr im Moment. Also von dem her, dann denk ich lieber, ach komm, machst mehr für'n Rücken und passt besser auf dich auf und vielleicht - so wirklich weg, wechseln möchte ich eigentlich gar nicht. [...] vielleicht werde ich ir-

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

gendwann wirklich so gezwungen, dass es nicht mehr anders geht, aber im Moment mh mh (verneinend).“ (t2, Z34-38)

Mit dieser Verschiebung hat sich der temporäre Status des Krankseins in einen dauerhaften Krankheitsstatus manifestiert. Erst als die Einschränkungen im Alltag spürbarer wurden und nicht mehr beeinflussbar erschienen, prägte sich ein Bewusstsein über ein ‚Mehr an Krankheit‘ aus; objektiviert durch Krankschreibungen und regelmäßige ärztliche Behandlungen. Zuvor arbeitete jeder mit gesundheitlichen Problemen, die durchaus eindeutig benennbar waren, als Fersensporn, Lungenentzündung oder Hörsturz, ohne sich dabei als krank zu bezeichnen. Die Beschwerden und Einschränkungen schwankten über den Zeitverlauf stark, ließen sich aber bisher regulieren und aushalten. Dieser Zustand charakterisiert ein ‚Mehr an Gesundheit‘ und umfasst kurzzeitige Krankheitsphasen bzw. temporär auftretende Beschwerden ohne maßgebliche Veränderungen des Alltags. Erst durch den Eintritt der akuten Krankheitsphase über das Schlüsselerlebnis und durch die bleibenden Einschränkungen entsteht ein Bewusstsein über die dauerhafte Präsenz der Erkrankung und das Bewusstsein von Gesundheit.

Hans Kirch: „Ich bin seit, also krankgeschrieben komplett bis vom sechzehnten April bis siebenundzwanzigsten Juni, bin ich jetzt krankgeschrieben. Also des ist eigentlich ’ne kurze Zeit für das, was gemacht worden ist. [...] und mit dem Heben? Das ist, also Problem zwanzig Kilo. Das ist halt nur wenig, aber [...] das soll ich also in der nächsten Zeit überhaupt, aber gut, da kann man leben damit. Und ich denke, die zwanzig Kilo, das das wär ich auch bringen. Das hab ich auch schon mit den Arbeitskollegen, wie sieht’s aus, also mit Pflastern und so Sachen? Das ist dann gleich weg. Das mach ich dann gar nicht mehr. Also da finden wir schon einen Mittelweg drum.“ (t2, Z218-229)

Hans Kirch: „Wenn man vier Wochen lang nicht kann sich richtig bewegen, dann merkt man erst, was einem fehlt.“ (t2, Z404f).

Die folgenden drei Modelle verdichten die Bewegungen zwischen Gesundheit und Krankheit, wie sie in den Fällen dieser Arbeit herausgearbeitet werden konnten. Als Illustration dient hierfür die horizontale Achse zwischen einem ‚Mehr an Krankheit‘ bzw. Gesundheit sowie eine vertikale Achse zwischen starken bzw. keinen Beschwerden und Einschränkungen. Dies ermöglicht die Darstellung der zuvor beschriebenen Verschiebung zwischen Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von den geschilderten Beschwerden und Einschränkungen.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In Abbildung 26 ist am Beispiel Katharina Riegers die Verschiebung von einem Zustand mit einem ‚Mehr an Gesundheit‘ (Quadrant 2) mit vorliegenden Beschwerden und Einschränkungen illustriert über die akute Phase des Schlüsselerlebnisses (Quadrant 3) hin zu einem Leben mit einem latenten Zustand des Krankseins ohne Beschwerden (Quadrant 4), aber unterlegt mit dem ständigen Risiko, dass die Beschwerden und Beeinträchtigungen wieder zunehmen könnten (Quadrant 4/3).

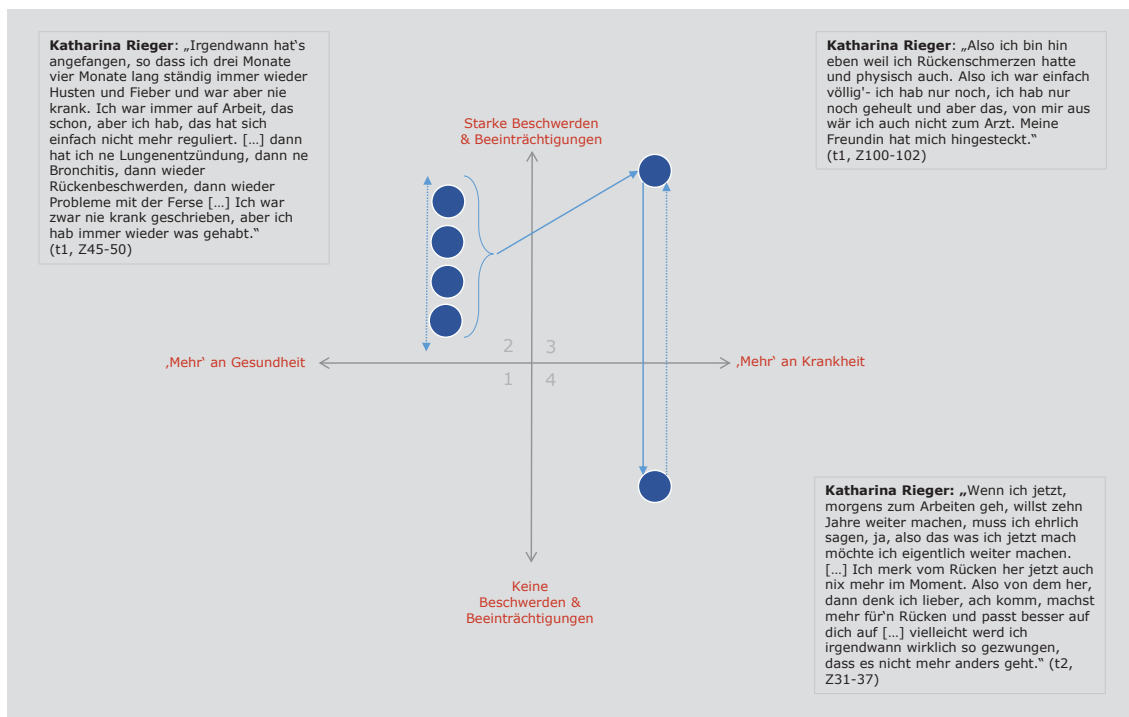


Abbildung 26: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit I

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Ähnlich verhält es sich im Fall von Brigitte Schulz (Abbildung 27). Illustriert ist hier eine ähnliche Verlagerung von einem mehr an Gesundheit mit unterschiedlichen gesundheitlichen Beschwerden zu einem ‚Mehr an Krankheit‘ (von Quadrant 2 zu 3); wenn auch nicht in einer solch intensiven Form (Zusammenbruch) wie im ersten Beispiel. Der Unterschied liegt hier darin, dass der Zustand mit stark ausgeprägten Beschwerden und Beeinträchtigungen (Quadrant 3) länger anhalten kann: Brigitte Schulz erfährt bisher kaum Linderung ihrer Leiden, so dass das Gefühl des Krankseins besonders dominiert und die Einschränkungen in Alltag und Beruf gravierend sind. Ein Leben ohne Beschwerden und Beeinträchtigungen (Quadrant 4) ist für sie aktuell nicht erkennbar.

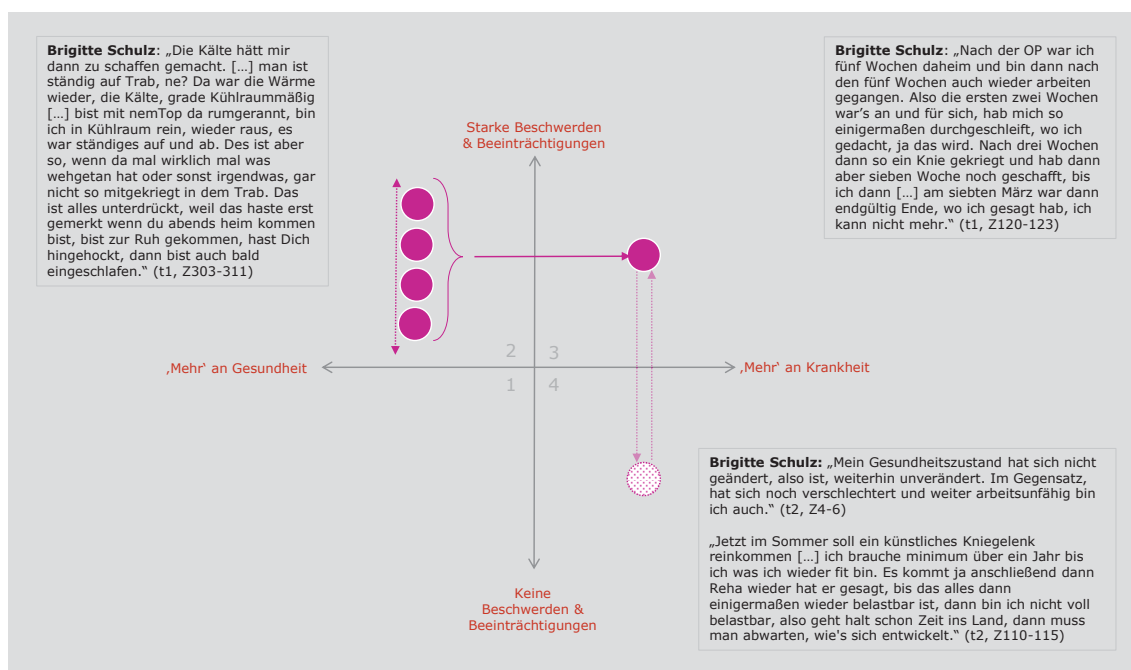


Abbildung 27: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit II

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Abbildung 28 illustriert ein drittes Modell am Beispiel von Herrn Kirch: eine plötzlichen Bewegung aus einem subjektiv empfundenen Zustand völliger Gesundheit hin zu einem Zustand mit akuter Krankheit (von Quadrant 1 zu Quadrant 3). Dieser Zustand reguliert sich aber unter bestimmten Bedingungen, so dass die Beschwerden nur latent vorhanden sind. Doch auch dieses vermeintliche Gleichgewicht wird, wie auch in allen anderen Fällen, als sehr instabil empfunden.

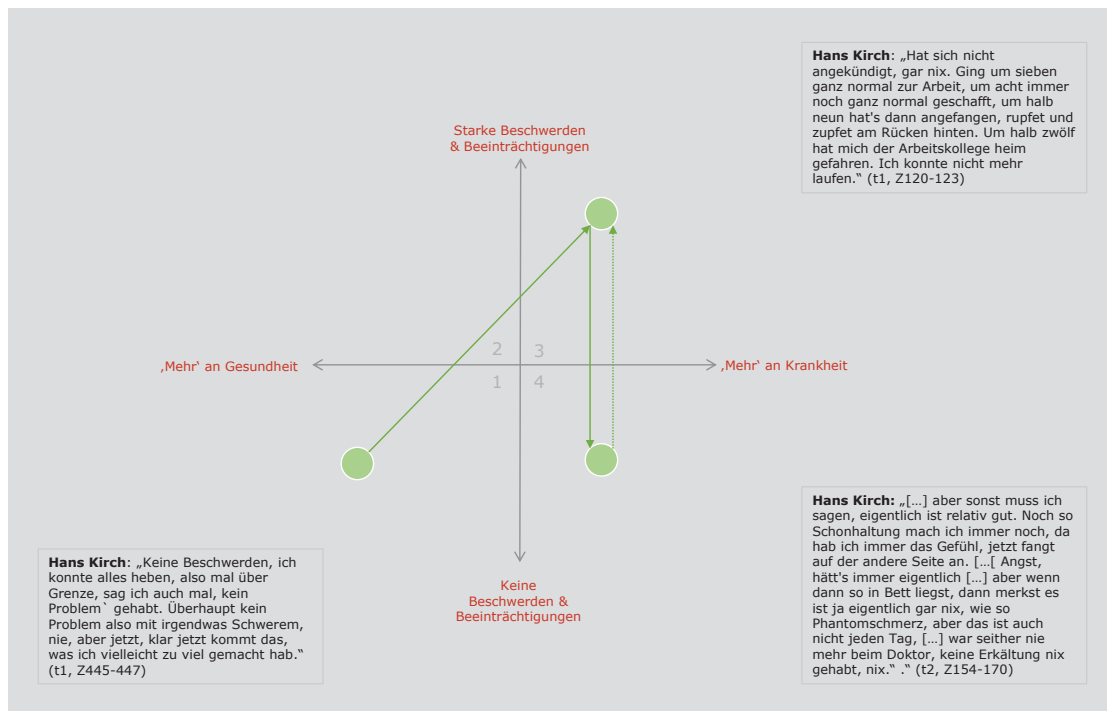


Abbildung 28: Bewegungen zwischen subjektiver Gesundheit und Krankheit III

Diese Modelle sollen veranschaulichen, dass keine eindeutige Abgrenzung von Gesundheit zu Krankheit beschreibbar ist. Unter der Fragestellung, welche Gestalt Krankheit und Gesundheit in den Interviews annehmen, zeichnet sich ab, dass diese

- im Hinblick auf den empfundenen Grad der Beschwerden und auf die erlebten Einschränkungen subjektiven Bewertungen unterliegen,
- sich sowohl als gefühlter als auch als sichtbarer Zustand beschreiben lassen,
- dauerhafte Zustände sind und gleichzeitig temporäre Situationen bezeichnen,
- kontextabhängig sind, d. h. erst wenn die Einschränkungen in zunehmend mehr Bereichen des privaten oder beruflichen Alltags sichtbar werden, wird sich eher im Bereich der Krankheit verortet,
- fließend sind, d. h. mal ein ‚Mehr‘ an Gesundheit oder an Krankheit zu verzeichnen ist, je nach Beschwerden und Einschränkungen und veränderten Kontexten sowie
- durch die Objektivierung der Leiden mittels Krankschreibung und Diagnosestellung bestimmt sind.

Die Rolle als erkrankter Mensch

Die Krankheit und deren Folgen als Teil seines Selbst zu erfahren, geht bei allen Betroffenen mit einem neuen Rollenverständnis der eigenen Person im privaten und beruflichen Umfeld einher. Sie verstehen sich nun als Teil einer Gruppe von Menschen, die sich auf Grund ihrer Krankheitserfahrungen und dauerhaften Krankheitsfolgen von der Gruppe der Gesunden unterscheidet. Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu den Gesunden ist die Präsenz gesundheitlicher Einschränkungen, auch wenn diese nicht immer sichtbar sind oder zum gegenwärtigen Zeitpunkt weniger deutlich ausgeprägt sind. Diese fehlende Sichtbarkeit der Erkrankung stellt sich für die Betroffenen als eine besondere Herausforderung dar. Diese kann sich durch Konfrontationen im beruflichen wie auch im privaten Umfeld äußern, wenn die Erwartung an einen herangetragen wird, in der gleichen Art und Weise handeln zu können wie früher, und das Gefühl entsteht, das Umfeld habe kein Verständnis für die eigene gesundheitliche Problemlage.

Sabine Fesser: „Also es ist so ein biss- nichts Halbes und nichts Ganzes. Es ist so ein Zwischendrin und ich merk auch bei meinen Freunden und Familie, dass sie eben- sie sehen jetzt, dass ich wieder lauf und, und haben so den Anspruch an mich wie früher. Und wenn jetzt, wenn ich jetzt was hätte, wo ich konstant hinken würde oder ich muss eine Stütze nehmen oder so, dann weiß man auch, geht nicht mehr. Aber dadurch, dass ich jetzt wieder laufen kann und das einigermaßen geht, ist halt der Anspruch da. Da habe ich manchmal, da muss ich kämpfen mit, mit Familie und Freunde so und sagen stopp (unverständlich), also das Verständnis von, von Gegenüber, das muss erst noch richtig kommen.“ (t2, Z112-119)

Peter Hain, der wieder in sein altes Arbeitsumfeld gegangen ist, in dem der Chef schon im Vorfeld seiner Operation wenig Verständnis für seine Einschränkungen zeigte, ist erneut mit dieser Haltung seines Vorgesetzten konfrontiert.

Peter Hain: [...] Sag ich mal, ein Streitpunkt mit meinem Chef, weil ich mittlerweile, den Standpunkt hab, auf Grund dieser Erfahrung, habe ich gesagt, irgendwann liegst halt mal im Bett und da geht gar nix mehr. Da sag ich jetzt, bleibt halte mal viel mehr liegen. Das sieht er zwar gar nicht so arg gern, da vergeht fast keine Woche in der wir irgendwas diskutieren, weil das ist nicht fertig, das ist nicht, ja. (Unverständlich) bloß zwei Hände, der Tag wird nicht länger? Und ich bin nicht bereit, noch länger zu machen. [...] Das ist immer so ein Streitpunkt, aber das jetzt die Einstellung, die ich jetzt hab, weil das muss er - das ist meine Gesundheit. Ich muss jetzt auch gucken, wo ich bleib. Das Rentenalter will ich noch irgendwie erreichen, so dass ich noch irgendwie auf zwei Füßen durch die Gegend laufen kann. Ja also fang ich an zu reduzieren und da kommt halt das mit, das ein paar Sachen liegen bleiben.“ (t2, Z257-275)

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal liegt im veränderten Lebensalltag der erkrankten Personen, der vom Lebensrhythmus der Gesunden abweichen kann. Die Partizipation an einem gemeinsamen Alltag ist teilweise eingeschränkt, was den Unterschied zu früher und zu den Anderen spürbar werden lässt.

Sabine Fesser: „Also ich bin sehr froh, hier [in der medizinischen Rehabilitationsklinik, Anm. S.B.] zu sein, weil ja man trifft hier Gleichgesinnte, die auch ihr Problemchen haben, ne? Und hier

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

draußen war das n bisschen schwierig so die erste Zeit, weil [...] da mit Freunde Bekannte Family, die sind alle gesund. Die haben doch nicht so das Verständnis und man kommt sich dann auch komisch vor, wenn man gefragt wird wie geht's, ne? Sagt man ja schon, wie's einem geht klar, aber das man merkt einfach, die haben ihren Alltag, ihren Rhythmus. Die haben so nicht dieses Verständnis oder können da nicht so mitfühlend sein. Versuchen schon ganz klar, aber das war irgendwie immer für mich frustend zu sehen, wie der ihr Tagesablauf funktioniert und ich da kränkel. Und hier ist eben jeder krank und viele haben auch das gleiche wie ich. Und hier ist es eher so, dass ich denk mir geht's eigentlich recht gut.“ (t1, Z144-154)

An diesem Beispiel wird zudem deutlich, dass nicht nur ein Vergleich mit den Gesunden vollzogen wird, sondern auch innerhalb der Gruppe der Erkrankten. So kann ein solcher Vergleich die eigenen Beschwerden und Einschränkungen relativieren oder als etwas Besonderes herausstellen.

Brigitte Schulz: „[...] der größte Teil von den Geschwistern, die eine die ist gesundheitlich auch angeschlagen. Die kann nicht mehr schaffen. Die andere die hat auch zwei Bandscheibenvorfälle gehabt, also war nicht so, dass die jetzt so ausgepowert sind wie ich oder so im Berufsleben standen wie ich.“ (t1, Z271-275)

Übergreifend ist beschreibbar, dass die Betroffenen Verständnis für die eigene Betroffenheit vom Umfeld als grundlegend wichtig für sich erachten. Doch da nicht immer sichtbar ist, dass Einschränkungen vorhanden sind, wird versucht, durch eine direkte Äußerung, z. B. der eigenen Belastungsgrenzen, eine Sensibilität beim Gegenüber dafür zu vermitteln. Auch die Benennung von Diagnosen oder die beabsichtigte Beantragung eines Schwerbehindertenausweises können dem subjektiven Leiden eine Sichtbarkeit verleihen (Kapitel 4.3.2.4). In diesem Zusammenhang kann mit der Rolle als erkrankter Mensch ein Sonderstatus verbunden sein, indem Rechte als schwerbehinderte Person in Anspruch genommen und Entlastungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag oder Unterstützungsangebote genutzt werden können, die den Gesunden nicht zustehen.

Claudio Osdorf: „Ich merke jetzt sogar den Rücken im Sitzen, wenn ich schlafe, wenn ich liege, merk ich ihn in der Schule, ständig, da habe ich jetzt sogar auch einen Aufzugsschlüssel bekommen, dass ich nimmer die Treppen hochlaufen muss, ja?“ (t2, Z436-438)

Katharina Rieger: „Also ich habe jetzt auch einen Arbeitsplatz [...] von meinem Chef bekommen für'n Computer, wo ich einfach auch einmal stehen kann und nicht nur sitze, dass ich da einfach den Wechsel hab oder, dass ich auch sag, in der Mittagspause: hör zu, ich muss mich hinlegen, gar kein Thema.“ (t2, Z190-194)

Ein weiteres Merkmal der neuen Rolle als dauerhaft erkrankter Mensch ist es, sich im Versorgungssystem zurecht zu finden (vgl. Kapitel 4.2.2.1 und Kapitel 4.3.2.2). Auf der einen Seite zeichnet sich ab, dass die zahlreichen Arztkontakte und Behandlungen die Betroffenen zu Experten ihrer Erkrankung werden lassen. Andererseits wird in Bezug auf das Verhältnis zwischen den Betroffenen und den Professionellen ein Gefälle erkennbar, in dem die Ärzte die Autorität über die Weitergabe von Wissen und die Initiierung von Behandlungen haben. Dies kann zu

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

bereits bestehenden Verunsicherungen hinsichtlich des eigenen Krankheitsverlaufs und der Behandlungsmöglichkeiten beitragen.

Brigitte Schulz: „Ich kann mit dem Knie nicht stehen, aber da war's mir jetzt selber noch nicht bewusst und deshalb war ich im Krankenhaus. Wie's die OP gemacht haben und mich entlassen haben, hat mich auch keiner drauf hingewiesen. Ich hab erst nach nem halben Jahr, wo ich die OP geholt hab vom Doktor und hab mir das vom Orthopäden erläutern, geben lassen, was drinsteht, hab ich das ja erst erfahren. Vorher wusste ich ja nix davon [...] hab immer gesagt, ich hab Schmerzen im Knie und, und ich kann fast nicht laufen [...], aber es hat sich keiner drum gekümmert, ob mir einer mal die Wahrheit sagt, dass das Knie gar nimmer (unverständlich) und darauf hab ich mich ja jetzt noch versteift, das wird werden, ne? Aber wie's nach einem halben Jahr fast nicht besser geworden ist, da hab ich gesagt, da kann was nicht stimmen. Das habe ich ja dann selber gemerkt. Habe ich gesagt, da stimmt was da drinnen nicht, ne?“ (t1, Z198-209)

Peter Hain: „[...] und dann bin ich zurückgekommen, ja und dann ging die Arbeit wieder los. Ich mein, großer Unterschied war natürlich, also die Nachsorge vom Arzt da war ich also gar nicht zufrieden damit. Weil von der Klinik [Rehaklinik, Anm. S.B.] hat ich ja ein Riesenpaket mitbekommen oder was sie, man alles gesagt hätten mit Physiotherapie, Wassergymnastik und und und und hinterher noch. Schonen und langsam anfangen und der Arzt hat halt gemeint, nee haben Sie noch Schmerzen? Und da hab ich gesagt, fast keine mehr. Na gut, dann können Sie wieder arbeiten. Das war's dann. Von dem andern, was die da, hat er gesagt, ja die Berichte von der Klinik und so weiter, das interessiert ihn nicht. Das, was er drauf sieht, auf den Bildern, das reicht ihm aus. Sie können wieder arbeiten gehen.“ (t2, Z21-31)

Neu ist für die befragten Personen in der Regel der Kontakt zu den Akteuren und den Regarien der Rentenversicherung.

Katharina Rieger: „Ja da kommt dann eben einer von der DRV. [...] Ja und der sitzt dann wohl mit der Frau T. [Sozialdienstmitarbeiterin in der medizinischen Rehaklinik, Anm. S.B.] und dem Dr. K. [Orthopäde in der medizinischen Rehaklinik, Anm. S.B.] und dann wird wohl über diesen - ich hab so'n Bogen ausfüllen müssen und da wird dann wohl drüber gesprochen. Ja die fragen auch was für Vorstellungen ich von, also für - wie mir die DRV helfen kann. Das weiß ich nicht, keine Ahnung. [...] Das woher soll ich das wissen, das ist einfach, ich hab mich damit nie auseinanderzusetzen müssen. Ich bin dreißig also, das ist jetzt meine zwei- meine zweite Reha, aber von der ersten, an die kann ich mich gar nicht mehr erinnern.“ (t1, Z519-532)

Abschließend sei noch angeführt, dass die Krankheitsbewältigung im Ganzen und der zwangsläufige Fokus auf die Gesundheit als eine zusätzliche Belastung zu den bereits bestehenden Anforderungen des Alltags erfahren werden können.

Claudio Osdorf: „Also ich denke, wenn ich einen Bautechniker [aktueller Weiterbildungsberuf, Anm. S.B.] hab, mach ich erst mal ein halbes Jahr nix, und also nur für'n Körper dann, und dann ins Berufsleben einsteigen. [...] Die Gesellschaft ist schon, also vom Druck her erwartet die Gesellschaft schon viel, also für sag ich mal kranke Menschen, also, dass man das alles unter einen Hut bringen kann, ja? Könnt ich, also, wenn ich das knallhart durchziehen müsste oder würde mit dem Sport- könnte ich wahrscheinlich jetzt auch (unverständlich) mit Dir kein Interview geben.“ (t2, Z746-755)

Verschobene Alltags- und Lebenszeit

Unter der zeitlichen Perspektive betrachtet wird deutlich, welche unterschiedlichen Eindrücke der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner innerhalb einer kurzen Zeitspanne verarbeiten

müssen. Das Schlüsselerlebnis selbst ist eine akute Krankheitsphase, die als relativ kurz aber sehr intensiv erlebt wird (Kapitel 4.2.1.1). In der sich anschließenden Phase verändert sich das Verhältnis zur zeitlichen Taktung der Alltagsaktivitäten, in dem diese entschleunigt, langsamer ausgeübt und in ihrer Intensivität und ihrem Umfang verringert werden. Aus der retrospektiven Betrachtung wird der zurückliegende Alltag häufig als hektisch und stark verdichtet wahrgenommen. Man schien ständig aktiv gewesen zu sein.

Hans Kirch: „Hab ich eigentlich nicht so gedacht, dass es so gravierend ist aber, es ist eigentlich ein richtiger Einschnitt. [...] Also das hat sich schon einiges geändert. Ich mich auch, muss ich auch sagen. Ich sehe mal viele Sachen nicht so ernsthaft und bin lockerer. Lege immer mal, na und ruh aus und nicht jede freie Minute irgendwo was machen muss.“ (t2, Z19-24)

Katharina Rieger: „Also ich habe jetzt auch, bin jetzt vier Monate bald zu Hause, also krankgeschrieben [...] Ich glaub seit zwei Wochen denk ich jetzt wirklich an mich und sag ich mal Sauna, ich geh mal schwimmen und hab auch mal fünf Minuten Ruhe, dass ich's Gefühl hab, okay, ich kann das jetzt genießen, sonst ist man immer so aufgedreht.“ (t1, 76-80)

Ein zeitlicher Aspekt zeigt sich im Krankheitsverlauf in den Zeiten des Wartens, z. B. auf Besserung, auf Klärung der weiteren rehabilitativen Behandlung oder der beruflichen Situation, die als sehr lang und belastend empfunden werden kann.

Sabine Fesser: „[...] ich merk mit 'm Knie es, es macht zwar Fortschritte und die Therapeuten sind sehr zufrieden bei mir, aber ich merk halt trotzdem beim Laufen, es ist nicht mehr ders- also Treppensteigen zum Beispiel macht mir noch Mordsprobleme. Runter und hoch. Allerdings muss ich dazu sagen, es ist jetzt die neunte Woche nach der Operation und da darf man nicht allzu viel erwarten hat er gesagt. Das kann sch-das wird schon noch besser. Das ist so meine Hoffnung.“ (t1, Z59-65)

Claudio Osdorf: „Ja ich bekomme Übergangsgeld während der Rehazzeit. Aber das hab ich jetzt noch nicht bekommen. Also ich weiß auch gar nicht wie viel, und während der Zeit. Also, meine Ausbildung beginnt im September. Bis dahin bekomme ich auch noch Geld, Übergangsgeld von der Rentenversicherung, aber das ist jetzt auch noch nicht drauf. Das zieht sich grad alles mit dem Finanziellen hin, da lassen sie sich schön Zeit.“ (t1, Z325-329)

Ein weiteres Element, unter zeitlicher Perspektive betrachtet, ist die Auseinandersetzung mit der beruflichen Lebenszeit und deren Ausgestaltung (vgl. Kapitel 4.3.2.4). Die jüngere Generation, zu der Katharina Rieger, Claudio Osdorf und Sabine Fesser gehören, sieht sich altersuntypischen Herausforderungen gegenüber, die in diesem Alter in der Regel noch nicht von großer Bedeutung sind. Die Erkrankung kann zum Bestandteil der zukünftigen Lebensplanung werden und bestimmt in einem gewissen Maße die Vorstellungen über die eigenen beruflichen Pläne.

Sabine Fesser: „Ich muss es, ich muss es berücksichtigen und mit einbeziehen. Sogar zu achtzig Prozent von hundert [...] und dann passt's, weil ich will nicht vom Regen in die Traufe kommen. Das ist, bringt mir wirklich überhaupt rein gar nichts. [...] Altenpflegerinnenjobs gibt's, das gibt's wie Sand am Meer und da hätt ich schon längst wieder was, aber denn power ich wieder und dann ist schon nach 'nem halbem Jahr muss ich sagen, Leute, ich kann nicht mehr. Also ich muss, ich muss einfach das mit einbeziehen. Das ist einfach facto.“ (t2, Z488-494)

Katharina Rieger: „Ich merk vom Rücken her jetzt auch nix mehr im Moment. Also von dem her, dann denk ich lieber, ach komm, machst mehr für’n Rücken und passt besser auf dich auf und vielleicht - so wirklich weg, wechseln möchte ich eigentlich gar nicht. [...] vielleicht werde ich irgendwann wirklich so gezwungen, dass es nicht mehr anders geht, aber im Moment mh mh (verneinend).“ (t2, Z34-38)

Für die ältere Generation schließt sich gesundheitsbedingt die Lebensarbeitszeit; es wird über Rente (Erwerbsminderungsrente oder frühzeitiger Ruhestand) nachgedacht – eine Phase, mit der sich die Betroffenen eigentlich erst in den kommenden Jahren auseinandergesetzt hätten (vgl. Kapitel 4.3.2.4). Die für sich gesetzte Lebensplanung, wird zwangsläufig verschoben:

Interviewerin: „Wenn Sie sich was aussuchen könnten, welche Umschulung oder welchen Beruf würden Sie dann gern wollen, also, wenn Sie tatsächlich die Möglichkeit bekommen?“

Brigitte Schulz: Na gut, da hab ich mir ehrlich gesagt noch gar keine Gedanken gemacht. [...] Ich war jetzt die ganze Zeit in diesem Beruf gefesselt oder gar keine andere Perspektive (unverständlich) gesehen. Ich hab auch nicht gedacht, dass es so ausgeht. Da hat, da macht man sich im Moment gar keine Gedanken. Da denk ich, jaa jetzt biste erst fünfzig, da hast du vier Stunden zum Schaffen und kannst weiter schaffen. Das hätt ich gesagt, wie ich da angefangen hab. Hab ich gesagt, ja das kann ich jetzt machen, bis du in die Rente gehst. Meistens kommst anders als man denkt, ne? Ruck zuck ist man dann dabei, ne?“ (t1, Z457-470)

Die von den behandelnden Ärzten ausgesprochenen Prognosen, wie z. B. zu welchem Grad die gesundheitlichen Einschränkungen bestehen bleiben werden, und unter welchen Bedingungen ggf. die Beschwerden wiederkehren könnten, nehmen für die Vorstellungen der eigenen beruflichen Zukunft eine wichtige Rolle ein. Es ist nicht sicher, wann und in welcher Form wieder Beschwerden auftreten können und wie die Erkrankung weiter verläuft. Insgesamt stellt die unsichere Zukunftsperspektive ein zentrales Element der verschobenen Lebenszeit dar. Ein Leben mit einer Erkrankung bzw. einem latenten Krankheitsrisiko, die bzw. das einen lebenslang begleiten wird, löst neben Ängsten vor wiederkehrenden oder sich verschlechternden gesundheitlichen Problemen auch Ängste im Hinblick auf Unsicherheiten über zukünftige berufliche Perspektiven aus. Die allgemeine Unsicherheit in der Arbeitswelt wird nun zusätzlich verstärkt durch die sehr spezifischen Bedrohungen einer latenten Erkrankung.

4.2.3 Zusammenfassung

Im Ergebnis der Analyse unter dem Aspekt des Krankheitserlebens und dem Leben mit der Erkrankung zeigte sich in diesem Kapitel, dass sich der gesundheitsbedingte Ausstieg aus dem Berufsleben in der Regel schleichend vollzieht. Mit zunehmender Intensität der Beschwerden kulminiert die teilweise jahrelange Leidensphase in einem Schlüsselerlebnis, das die Betroffenen aus der beruflichen Bahn wirft und private Veränderungen auslöst. Bezeichnend ist, dass alle Betroffenen schildern, wie sie Warnsignale über einen langen Zeitraum unterdrückt und

reguliert haben und erst im Nachhinein reflektiert wird, welche Einflussfaktoren und Wirkungsketten im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen könnten. Erkennbar geworden ist, dass Gesundheit, deren Erhalt und Förderung in den Jahren vor dem Einbruch eine untergeordnete Rolle im Leben und insbesondere im Erwerbsleben spielte. Es zählten Leistungen, die gemessen und beurteilt wurden, bspw. in Form von Stunden, Schichten, Ergebnissen. Gesundheitsbedingte Fehlzeiten, also das Kranksein im Berufsleben, wurden gezielt vermieden.

Die Verausgabung im Beruf und das Akzeptieren belastender Bedingungen erscheinen aus Sicht des befragten Personenkreises als reguläre Handlungspraxis im Erwerbsleben. Zusammenfassend illustriert Abbildung 29 den beschriebenen Kreislauf und markiert das Schlüsselerlebnis, mit dem dieser Kreislauf zwangsläufig durchbrochen wurde.

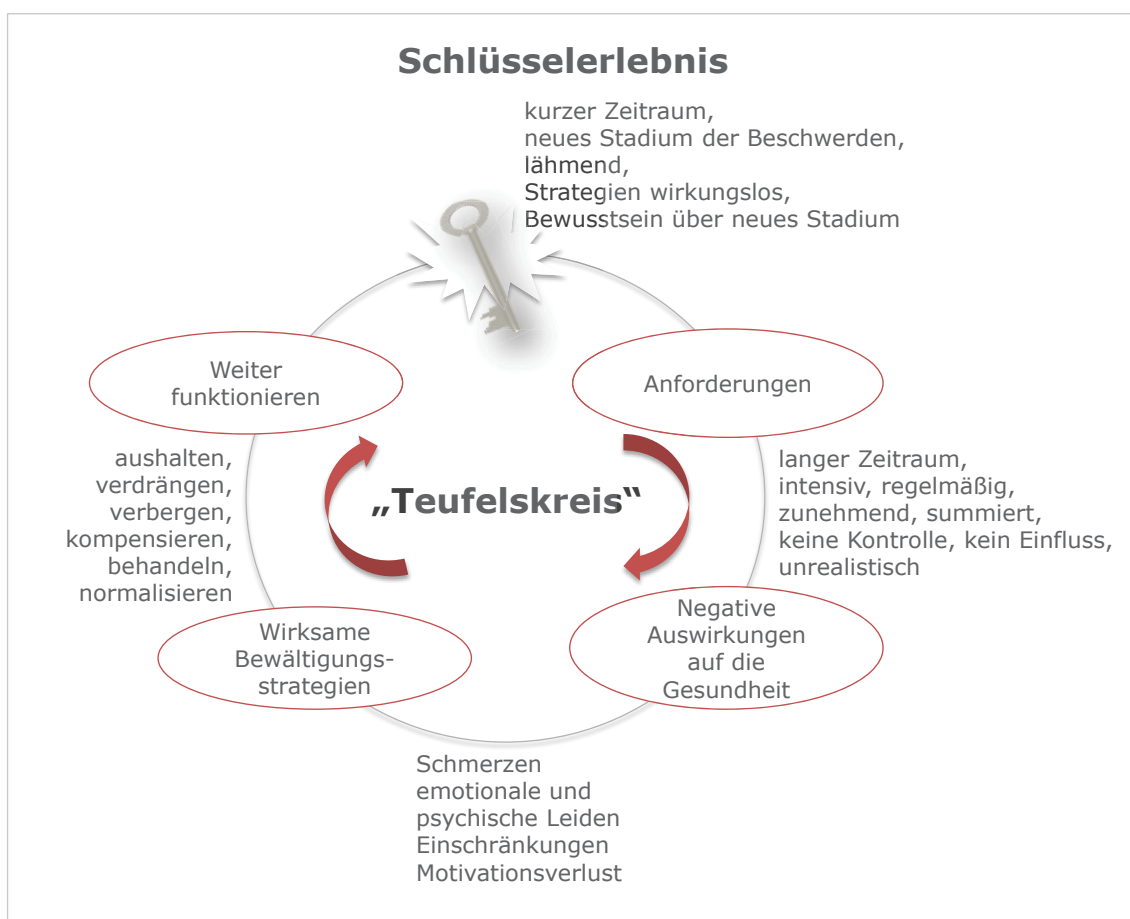


Abbildung 29: Leidenskreislauf und Schlüsselerlebnis

Mit Eintreten des Schlüsselerlebnisses werden Aktivitäten und Prozesse initiiert, die in dieser Form für die Betroffenen vorbildlos sind. Während bisher Krankheitsepisoden im beruflichen und privaten Arbeitsalltag integrierbar waren, erleben die Betroffenen nun eine neue Form des

Krankseins. Neu daran ist, dass sich erkrankungsbedingt das private und berufliche Leben nachhaltig verändert, was auf die bisherigen Krankheitserfahrungen nicht zutraf. Die Konfrontation mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen führt bei dem befragten Personenkreis zu Veränderungen der beruflichen und privaten Alltagspraxis und löst Reflexionsprozesse aus. Auf einer dieser Reflexionsebenen findet eine retrospektive Bewertung möglicher Ursachen für die gegenwärtige gesundheitliche Problemlage statt. Hierbei wird ersichtlich, dass es unterschiedliche Faktoren und Dynamiken sind, die aus Sicht der Betroffenen eine Risikokonstellation begründen können. Wesentlich dabei ist, dass insbesondere die Kontextfaktoren – primär angesiedelt in der Arbeitswelt – als nur begrenzt oder als gar nicht beeinflussbar gelten. Hingegen sind es die eigenen Verhaltensweisen, Einstellungen und Strategien, denen in der Auseinandersetzung mit Zukunftsszenarien Veränderungspotenziale zugeschrieben werden. Zugleich wirken in den Phasen der Neuorientierung familiäre Modelle wie der Umgang mit der eigenen Gesundheit, die Bewertung von gesundheitlichen Risiken sowie die Unterstützung in der Familie in Krisenzeiten. Eine Transformation erfahren diese Modelle in der Darstellung des Selbstbildes (des ‚Typs‘), das als Orientierungsrahmen für das eigene Denken und Handeln dient. Der Aspekt der Körperlichkeit flankiert diese Selbstdefinition. Körperbilder symbolisieren den Umgang mit ihm, und am Körper selbst werden die Konsequenzen des eigenen Handelns sichtbar und fühlbar. Gleichzeitig spiegelt der Körper die Belastungen der Arbeitswelt wider und steht zugleich für die erwartete Leistungsfähigkeit seitens des Arbeitsumfeldes, aber auch für die Leistungserwartung an sich selbst.

In der Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation nehmen die Schilderungen von Veränderungen des Alltags einen großen Raum ein. Die vielfältigen Dimensionen verdeutlichen, wie gravierend die gewohnte Alltagsroutine durchbrochen wird. Im Hinblick auf die berufliche Praxis brechen die Betroffenen durch die Offenlegung der eigenen Erkrankung im Kollegium und gegenüber der bzw. dem Vorgesetzten mit dem unausgesprochenen Verhaltenskodex, trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten zu gehen. Die Reaktionen sind unterschiedlich und lassen – trotz Verständnisbekundungen – erkennen, dass der Ausfall der Kollegin oder des Kollegen eine hohe Belastung für das verbliebene Kollegium darstellt und Arbeitsprozesse unterbrechen kann. Durch die Reaktionen im Erwerbskontext, aber auch im privaten Umfeld, erfahren die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sich selbst in der Rolle als kranker Mensch. Sie erleben sich als besonderer Merkmalsträger, der sich von der Gruppe der Gesunden unterscheidet, dadurch, dass:

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

- sie nachhaltige Krankheitserfahrungen durchlebt haben,
- die Erkrankung voraussichtlich lebenslang bleiben wird,
- sie nicht mehr uneingeschränkt an allen Aktivitäten teilnehmen und Tätigkeiten ausüben können,
- ihr Lebensalltag, ihr Lebensrhythmus und die zeitliche Taktung ihrer Tätigkeiten anders ist (häufig entschleunigter),
- sie sich erklären müssen, um Verständnis für die eigene gesundheitliche Problemlage und Grenzen zu erfahren,
- sie auf soziale Unterstützung angewiesen sind,
- sie sich mit neuen Akteuren und Leistungen des Versorgungssystems auseinandersetzen müssen und
- sie Leistungen in Anspruch nehmen können, die den Gesunden nicht zur Verfügung stehen.

Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang die übergreifende Erkenntnis, dass sich durch diese Interaktionen und durch die körperlichen und psychischen Grenzerfahrungen ein neues Selbstbild formt. Die Erkrankung ist zum inkorporierten Bestandteil des Selbst geworden. Damit einher geht eine hohe Sensibilisierung für die eigenen Belastungsgrenzen. Es formt sich ein neues Selbstbewusstsein heraus, das sich in einem bedürfnisorientierten Handeln ausdrückt, in dem z. B. dem Umfeld eigene Grenzen kommuniziert werden oder versucht wird, die eigenen Belastungsgrenzen zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die Gestalt von Gesundheit und Krankheit zeigt sich ein Unterschied zwischen einem Krankheits- bzw. Gesundheitsstatus und dem Gefühl, krank bzw. gesund zu sein. Durch das prägende Schlüsselerlebnis, die Gewissheit über die voraussichtlich lebenslang bestehende Erkrankung und durch den Eintritt in eine medizinisch-rehabilitative Versorgungskette grenzen sich die Betroffenen von ihrem früheren Status 'gesund' ab und verorten sich nun im Bereich des Krankheitsstatus. Gleichzeitig können sie sich dabei gesund fühlen, was dabei eher ein temporärer Moment ist. Die früher durchlebten temporären Momente des Krankseins, insbesondere unter dem ‚Label‘ der Krankschreibung, haben sich nun als Krankheit im Laufe der Zeit als Teil des Selbst verfestigt, wenn den Betroffenen bewusst wird, dass eine vulnerable Gesundheit, unabhängig davon, ob Beschwerden vorliegen oder nicht, ein Leben lang bestehen bleiben wird. Unter diesem Analyseblickwinkel stellt sich heraus, dass erst durch das Fehlen von Gesundheit bewusst erfahren wird, dass Gesundheit die Voraussetzung von Leistungsfähigkeit ist und ohne Gesundheit langfristig den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit nicht standgehalten werden kann. Die Hoffnung auf vollständige Heilung kommt in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung nur vereinzelt in der akuten Phase zum Ausdruck, stattdessen steht eine Visualisierung von Szenarien im Vordergrund, wie die verbliebende Gesundheit erhalten werden und wie Alltag unter der Prämisse eines unsicheren Krankheitsverlaufs gestaltet werden kann. Der wesent-

liche Unterschied zur Zeit vor dem Schlüsselerlebnis liegt darin, dass zuvor die Vermeidung von nach außen getragendem Kranksein im Vordergrund stand und danach der Erhalt der Gesundheit in den Vordergrund gerückt ist.

Die bisherigen Ausführungen führten stetig an diese Neuorientierungsprozesse der Betroffenen heran. Sie bilden in der Einheit einen Kontextualisierungsrahmen, um diese Prozesse nachzuvollziehen, die im folgenden empirischen Kapitel systematisch untersucht werden.

4.3 Rückkehr in das Arbeitsleben unter veränderten Bedingungen

Im abschließenden empirischen Kapitel wird die Gestalt der Rückkehrprozesse in das Arbeitsleben dargestellt. Dabei soll deutlich werden, dass dieser Prozess unter veränderten Bedingungen stattfindet, die sich aus Reflexionsprozessen, einer bedingten Gesundheit und modifizierten Lebensplänen zusammensetzen.

Im ersten Abschnitt wird unter der Überschrift „Rückblick und Zukunftsentwürfe“ das fallübergreifende Phänomen betrachtet, dass die berufliche Neuorientierung auf Basis eines Rückblicks auf vergangene Ereignisse im Krankheitsgeschehen vollzogen wird.

Der zweite Abschnitt „Rückkehr in das Arbeitsleben unter bedingter Gesundheit“ schlüsselt die vielfältigen Facetten des Rückkehrprozesses auf. Es wird dabei die gegenwärtige Situation der Gesprächspartner skizziert und in ein Verhältnis mit den entworfenen Zukunftsszenarien gestellt. Zudem werden Rahmenbedingungen des Wiedereinstiegs eruiert, ein Blick geworfen auf die Strategien des Gesundheitshandelns sowie die langfristigen Lebenspläne herausgearbeitet.

4.3.1 Rückblick und Zukunftsentwürfe

Ein wesentliches Merkmal der Neuorientierungsprozesse in den vorliegenden Fällen ist eine bewusst vorgenommene Einordnung und Bewertung zurückliegender Ereignisse. Im ersten Unterkapitel „Reflexionen und Lernprozesse“ wird diese reflexive Phase näher betrachtet, in der vor allem die eigene Rolle im Krankheitsgeschehen eine große Aufmerksamkeit erfährt. Vor dem Hintergrund der privaten, beruflichen und auf die Identität bezogenen Veränderungen soll gezeigt werden, wie die Betroffenen reflexiv mit der eigenen Rolle im Krankheitsgeschehen umgehen und welche Lernprozesse insbesondere während der Zeit in der Rehabilitationsklinik bei ihnen initiiert werden. Die hier erlangten Erkenntnisse sowohl über Risikokonstellationen als auch über Einflussmöglichkeiten münden in der Formulierung eines handlungsleitenden Lebensmottos oder Leitsatz. Auf diesen Leitsatz wird im Kapitel „Neuer Leitsatz und Zukunftsszenarien“ eingegangen und in einem weiteren Schritt durch die Illustration individueller beruflicher Zukunftsszenarien untermauert.

4.3.1.1 Reflexionen und Lernprozesse

„Es muss immer so weit kommen, bis man dann mal 'ne Einsicht sieht.“¹¹⁸

Impulsgebende Prozesse für die berufliche Neuorientierung sind Reflexionen über Faktoren, die einen Einfluss auf das zurückliegende Krankheitsgeschehen hatten. Der Blick wird dabei sowohl auf die eigene Rolle wie auch auf äußere Faktoren gerichtet. Beide Aspekte werden von den Betroffenen kritisch bewertet, und es werden daraus folgend Ansätze für Veränderungen abgeleitet. Charakteristisch für diese Auseinandersetzung ist der immer wiederkehrende begriffliche Ausdruck des Lernens, bspw. wie die einzelnen Faktoren im Zusammenwirken gesundheitliche Risikokonstellationen begünstigt haben und wie in Zukunft darauf Einfluss genommen werden kann, um den „Kreislauf“ dauerhaft zu durchbrechen und einen erneuten gesundheitlichen Zusammenbruch zu verhindern.

Selbsterkenntnis und Bewertungen

Im Rückblick auf die Ereignisse der vergangenen Zeit reflektieren die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die eigene Rolle im Krankheitsgeschehen und rücken dabei eigene Verhaltensweisen und Einstellungen in den Vordergrund. Im Zuge dieser Auseinandersetzung dient das Selbstbild als wichtiger Anhaltspunkt. Allerdings zeigen sich zwischen den weiblichen und männlichen Interviewpartnern hier einige Unterschiede. Die Interviewpartnerinnen greifen in ihrer Beschreibung des Selbstbilds auf persönliche ‚weiche‘ Eigenschaften zurück: gutmütig, geduldig, kompromissbereit, hilfs- und opferbereit. Es wird zum Ausdruck gebracht, dass sich diese persönlichen Eigenschaften unter Umständen negativ auf die Trägerin auswirken können.

Katharina Rieger: „Es waren immer andere wichtig und, ja man immer für andere da. Und immer andern helfen, ganz wichtig, also ich hab ein Helfersyndrom, definitiv. Und ja das muss ich einfach ein bisschen einschränken. Also ich muss einfach gucken, wie weit ich da gehen kann. Diese Gutmütigkeit hab ich zu viel, viel zu viel. Ich brauch ein bisschen mehr Egoismus.“ (t1, Z151-155)

Sabine Fesser: „Hab ich an mir jetzt festgestellt, vorher mach- dadurch, dass ich halt alleine lebe und keine Kinder hab und mein, des Umfeld von mir so schon gewohnt war, dass ich immer da bin und mach, und mach's auch eigentlich gern. Ich helfe sehr gerne, aber ja, hab sie einfach auch in Grenzen gesetzt. Denen die Grenzen gesetzt und die müssen das einfach akzeptieren.“ (t2, Z398-402)

Brigitte Schulz: „Hab ich alles schon erlebt. Und immer wieder habe ich alles geschluckt, schon immer alles mit heimgenommen und immer wieder hab ich mich durchgebissen. Ich war zum Schluss trotzdem fünf, sechs Jahre in dem Betrieb drin, auch wenn's manchmal bis hier gestanden hat, hätt's aber immer alles geschluckt und bist wieder fort. [...] dass jeder gesagt hat, du hätt's ei-

¹¹⁸ Brigitte Schulz, t2, Z522

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

ne Engelsgeduld, also ich hätt die Geduld nicht, ich wär schon lange fort. Und immer wieder.“ (t1, Z513-522)

Zugleich werden Eingeständnisse gemacht, dass diese Eigenschaften gleichzeitig Faktoren gesundheitlicher Risikokonstellation darstellen können. Katharina Rieger spricht von Stress, den man sich selber macht (t2, Z666), Brigitte Schulz (t1, Z135) und Sabine Fesser (t2, Z393) konnten „nie nein sagen“.

Bei den männlichen Interviewpartnern zeigt sich im Rückblick auf das eigene Handeln tendenziell weniger eine Typisierung der eigenen Person, sondern mehr eine Beschreibung der konkreten Verhaltensweisen, die wahrscheinlich einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen ausgeübt haben. In diesen Überlegungen wird eine bewusste Verknüpfung zwischen den Verhaltensweisen und dem Krankheitsgeschehen hergestellt und erst mit Eintreten der Erkrankung kritisch reflektiert.

Peter Hain: „Gut, ich hab mir's früher nie so, so vorgestellt, wenn man schwere Sachen durch die Gegend trägt, was es tatsächlich oder unterm Strich für Auswirkungen hat. Das lernt man halt erst dann einmal, wenn man richtig betroffen ist. Wenn's einfach nicht mehr geht. Am Anfang halt als junger Kerl da packt man halt schneller egal was es ist und nachher irgendwann kommt's halt doch die, die Einsicht, dass es doch nicht so ideal ist.“ (t2, Z506-511)

In diesem Zusammenhang wird zugleich eine Bewertung von äußeren Faktoren im beruflichen Kontext vorgenommen, die nach Ansicht der Betroffenen – nun mit einem zeitlichen Abstand betrachtet – einen negativen Einfluss auf die Gesundheit ausgeübt haben. In Fortführung an Kapitel 4.2.1.1 über Ursachenzuschreibungen und dem subjektiven Grad der Einflussnahme auf Risikofaktoren führt diese Bewertung zu einer Unterscheidung zwischen – aus subjektiver Sicht – unveränderlichen Dingen, wie Arbeitsabläufe und –organisation (z. B. langes Stehen, Mehrbelastung durch Urlaubs-oder Krankheitsvertretung) und Dingen, die man in Zukunft verändern will und kann, wie z. B. seine eigene Einstellung, sein Verhalten, zwischenmenschliche Probleme im Kollegium, Belastungen durch Überstunden und wenig Freizeit. Gleichzeitig werden Aspekte aus dem Berufskontext hervorgehoben, die als positiv, notwendig und sinnvoll erachtet werden und an denen man festhalten möchte: das Berufsfeld, die Vielseitigkeit des Jobs und die Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit vor dem Hintergrund der erworbenen Fähigkeiten und Qualifizierungen.

Hans Kirch: „[...] also ist so ein wahnsinns-vielseitiger Beruf. Ist einmalig, von Bäumen Pflanzen bis zu den Bäumen Fällungen, alles da. Also muss sagen, rund rum, will ich eigentlich den Job wieder machen. Also de-also wenn's geht, wenn's geht.“ (t1, Z28-30)

Katharina Rieger: „Ich lieb meinen Job. Ich mag meinen Chef. Ich mag meine Arbeitskollegen. Ich brauch eigentlich auch diesen Stress, weil es doch recht viel ist, was unser Aufgabengebiet umfasst [...], aber eigentlich brauch ich das. Nur im Moment konnt's mein Körper wahrscheinlich einfach nicht mehr, oder mein Kopf.“ (t1, Z124-127)

Aus dem privaten Kontext sind es nur vereinzelt Aspekte, die in den Bewertungskontext einfließen, wie z. B. private Krisen durch den Tod von Angehörigen oder Freizeitstress.

Insgesamt betrachtet können Selbstreflexionen und Bewertungsprozesse als Teile eines Lernprozesses beschrieben werden. Die Betroffenen selbst sprechen in diesem Zusammenhang vom Lernen. Dieser Lernprozess ist in diesem Kontext charakterisiert durch Erkenntnisse über sich selbst, über Zusammenhänge gesundheitlicher Risikokonstellation und Einflussmöglichkeiten, um diese Risiken zu minimieren. Diese Erkenntnisse bilden eine zentrale Grundlage für die sich anschließende Entwicklung konkreter Szenarien von der Rückkehr in das Berufsleben, deren Überführung in Handlungsstrategien und damit die Einleitung von Veränderungen.

Lernprozesse und Zielformulierungen

Die Basis dieser veränderten Handlungsstrategien bilden durch die gesundheitliche Krise initiierte Lernprozesse. Die Betroffenen beschreiben, wie sie in Zukunft lernen müssen, Grenzen zu setzen und auf den Körper zu hören oder ‚Nein zu sagen‘. Lernen richtet sich hier auf das eigene Verhalten und die eigenen Einstellungen.

Katharina Rieger: „Es geht um mich. Es geht dann um mich. Ich hab zwar schon von vielen gehört ich bin egoistisch geworden, aber ja, weil die können mit ‘nem Nein nicht so umgehen, aber ich muss es lernen. Ich kann's in vielen Dingen immer noch nicht. Also es ist jetzt nicht so, dass ich bei allem kann, nā, das schaff ich nicht, aber ich bin dran. Und man geht damit anders um. Das ist bewusster.“ (t2, Z83-88)

Zum Teil sind es auch negative Erfahrungen, aus denen man lernt, wie im folgenden Beispiel illustriert wird. Der Unterschied zu früher, d. h. vor der einschneidenden Krankheitsepisode, liegt darin, dass nun diese Anzeichen als Überlastung, als zu viel eingestuft werden und früher als normal galten.

Hans Kirch: „[...] deswegen muss ich sagen, wenn irgendwo was Schweres ist, stehen lassen. Das sagen alle. Und muss ich sagen, das hätt ich mir also so nicht gedacht, dass es so ist. [...] immer die Finger weg.“ (t2, Z473-475)

Zusammengefasst resultieren die unterschiedlichen Lernprozesse in der Erkenntnis, dass die Herausbildung sowie der Verlauf der Erkrankung maßgeblich durch das Zusammenspiel äußerer Rahmenbedingungen, tätigkeitsspezifischer Risikofaktoren sowie eigener Verhaltens- und Einstellungsmuster bedingt waren. Dieses Zusammenspiel bzw. diese Spirale konnte nur durch den eingetretenen gesundheitlichen Zusammenbruch erkannt und vorerst gestoppt werden. Ein zentraler Lern- und Reflexionsort ist die Rehabilitationsklinik. Hier werden in der Interaktion mit den professionellen Akteuren diese Denkansätze initiiert, und es formen sich erste Veränderungsansätze heraus.

Brigitte Schulz: „[...] von der jetzigen Reha also bin ich jetzt auch positiv an und für sich und mit den Therapeuten bin ich auch sehr zufrieden. Auch die psychologischen Gespräche, also es gibt immer wieder Perspektiven wo da oben, wo der Schalter rumgeht, ne? Wo dann sonst, es hätt brauchen nicht so weit kommen, wenn man so zuhört, ne? So wie der Psychologe auch gesagt hat, man muss sich, man kann sich auch wehren im Betrieb.“ (t1, Z494-498)

Jeder der Betroffenen formuliert das Ziel für sich, zukünftig die eigene Gesundheit zu schützen und einen erneuten Zusammenbruch zu verhindern. Strategien, um diese Ziele zu erreichen, werden bereits während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teils sehr konkret formuliert. Unter dem Blickwinkel der Lernprozesse werden Strategien des Gesundheitshandelns an dieser Stelle nur kurz aufgegriffen, da sie später in Kapitel 4.3.2.3 ausführlicher in den Fokus gerückt werden. Die Betroffenen formulieren für sich, dass sie bspw. das Heben schwerer Lasten vermeiden wollen, um körperliche Belastungen zu reduzieren. Eine Strategie, die dazu beitragen soll, dem psychischen beruflichen Stress entgegenzuwirken, ist das Einplanen von bewusster Zeit für sich im privaten Umfeld. Dies soll einen Ausstieg aus der hektischen Alltagsspirale ermöglichen und die Chance auf Regeneration bieten. In diesem Zusammenhang wird auch erkennbar, wie schwer es ist, diese Bahnen zu verlassen bzw. Einstellungen zu ändern. Exemplarisch kann dies am das Beispiel von Katharina Rieger skizziert werden, die dies während des Interviews reflektiert:

Katharina Rieger: „Also ich habe jetzt auch, bin jetzt vier Monate bald zu Hause, also krankgeschrieben. [...] ich glaub seit zwei Wochen denk ich jetzt wirklich an mich und sag ich mal Sauna, ich geh mal schwimmen und hab auch mal fünf Minuten Ruhe, dass ich's Gefühl hab, okay, ich kann das jetzt genießen. Sonst ist man immer so aufgedreht. [...] ich bin jetzt, Gott wie viel Tage bin ich hier? Seit dem einunddreißigsten ersten, elf Tage so was, elf zwölf Tage so was genau bin ich jetzt da, und man versucht auch ein bisschen was für sich zu machen. Vorher hatte ich ein schlechtes Gewissen. Ich hab immer an meine Arbeitskollegen gedacht, an meinen Chef gedacht und auch geglaubt, oh Gott die Armen. Ich war auch zwischendurch da, sie besuchen und hab dann ähm ja Bestellwesen gemacht, weil meine eine Arbeitskollegin dann auch drei Wochen einfach nicht da war und dann war die eine ganz alleine.“

Interviewerin: Und dann haben Sie einfach mitgemacht, obwohl Sie krankgeschrieben waren?

Katharina Rieger: Ja, weil einfach ich bin hin hab gesagt, ich komme euch besuchen und hab - ich konnte nicht anders. Das ist, danach aber war fertig, also da bin ich wirklich heim. Hab dann den Bescheid gehabt [...] und dann habe ich gesagt okay jetzt muss ich, ich kann nicht mehr. Das geht einfach nicht mehr. An mich denkt ja von denen auch keiner und sagt was, du hast Schmerzen? Dir geht's nicht gut? Oder nee, so lang man da ist und funktioniert ist das schon alles toll aber, irgendwann halt nicht mehr, wenn man's nicht mehr tut, dann ist man auch nicht mehr so wichtig, aber ich denk das ist überall so, denk ich mal.“ (t1, Z76-104)

Auf der anderen Seite richten sich Strategien auf das Umfeld, in dem durch offene Kommunikation und konsequentes Verhalten die eigenen Grenzen aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 4.2.2.2 zur Rolle als kranker Mensch). Damit einher geht die Absicht, sich vor den Anforderungen der Anderen zu schützen, die im früheren gesünderen Zustand erfüllbar waren, doch nun unter neuen Bedingungen zu bewerten sind.

Sabine Fesser: „Dadurch, dass ich jetzt wieder laufen kann und das einigermaßen geht, ist halt der Anspruch da. Da hab ich manchmal, da muss ich kämpfen mit mit Familie und Freunden so und sagen stopp. Also das Verständnis von von Gegenüber das muss erst noch richtig kommen.“ (t2, Z116-119)

All diese Strategien und veränderten Handlungsansätze bauen auf dem Vorsatz auf, die eigenen Einstellungen zu ändern und den Fokus stärker auf die eigenen Bedürfnisse zu lenken. Im folgenden Kapitel wird näher auf dieses Phänomen eingegangen und die Rückkehr in den privaten und beruflichen Alltag unter der Perspektive eines neuen Lebensmottos – im Folgenden Leitsatz genannt – verdichtet.

4.3.1.2 Neuer Leitsatz und Zukunftsszenarien **„Auch mal was für mich machen.“¹¹⁹**

Die Auseinandersetzung mit der Wechselwirkung zwischen der eigenen Rolle und kontextualen Bedingungen im Arbeitsleben sowie vor dem Hintergrund der veränderten Bedeutung der eigenen Gesundheit lässt die Betroffenen eine veränderte Sicht auf ihr Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit einnehmen. Aus diesem neuen Standpunkt heraus formuliert jede befragte Person einen Leitsatz, unter dem neue Vorsätze geschaffen und konkrete Veränderungen angestrebt werden. Vor diesem Hintergrund werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels die individuellen Szenarien des beruflichen Wiedereinstiegs dargestellt und diskutiert, welche übergreifenden Faktoren die Ausgestaltung dieser Szenarien bestimmt.

Neuer Standpunkt und Leitsatz

Bereits während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme werden Überlegungen getroffen, welche Veränderungen nötig sind, um eine Balance zwischen der eigenen Gesundheit und der beruflichen Tätigkeit herzustellen. Auf individueller Ebene konnte in diesem Zusammenhang ein Leitsatz gefunden werden, der die Rahmung für Veränderungen sowohl auf der Einstellungs- als auf der Handlungsebene bildet. Auf Einstellungsebene vollzieht sich ein deutlicher Perspektivwechsel, in dem bspw. die eigene Gesundheit stärker als früher in den Fokus rückt (vgl. Kapitel 4.3.2.3). Die Handlungsebene ist u. a. durch konkrete Pläne gekennzeichnet, wie in Zukunft die eigene Gesundheit im Arbeitsalltag besser geschützt werden kann.

Hans Kirch: „Keine Beschwerden. Ich konnte alles heben. Heben, also mal über Grenze, sag ich auch mal, kein Problem gehabt. Überhaupt kein Problem also mit irgendwas Schwerem, nie, aber jetzt, klar, jetzt jetzt kommt das, was ich vielleicht zu viel gemacht hab. [...] Und jetzt muss ich halt, mich richtig halten. Aber ich denk, wär ich auch machen. Hab ich mir fest vorgenommen, auf jeden Fall.“ (t1, Z469-476)

¹¹⁹ Katharina Rieger, t1, Z28

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im Zuge der Erläuterungen über die nötigen Veränderungen werden durch die Betroffenen argumentativ Aspekte herangezogen, die in besonderem Maße diese neuen Entwicklungen vorantreiben. Dies können die leidvollen Erfahrungen an sich sein, aber auch persönliche Faktoren, wie das Alter:

Katharina Rieger: „[...] durch den Nebenjob ist es dann so, dann hab ich wirklich sag 400 Euro. Okay, damit kann ich jetzt wirklich einmal mir was leisten, kann ich sonst nicht. Ja und das hab, ich mach ich auch schon seit vier Jahren nebenher, was ich aber jetzt lassen werde, weil's einfach zu viel wird dann doch. Jetzt bin ich dreißig und dann muss man einfach mal, ja? [...] Auch mal was für mich machen.“ (t1, Z20-28)

Einhergehend mit Perspektivverschiebungen ist die veränderte Sicht auf sich selbst. Der neue Leitsatz findet demnach ebenfalls in einer Unterscheidung zum ‚früheren Ich‘ Ausdruck.


Brigitte Schulz: „[...] da kann auch jeder sagen, sie können acht Stunden schaffen. Nix mehr, auf keinen Fall, da streik ich. Das habe ich jetzt in der Zeit, wo ich jetzt krankgemeldet bin, ist mir das immer mehr bewusster geworden. Es war halt am Anfang schwer, weil ich immer gesagt hab, wird Zeit, dass ich wieder schaffen gehen kann oder was werden die sagen und ah wie geht's weiter. Das hat mich die ersten vierzehn Tage nur noch beschäftigt, dass mein Mann gesagt hat, ja jetzt mach dich nicht verrückt. Das wird schon, hat er gesagt, du musst jetzt nehmen wie's kommt, [...] aber wie ich das mal akzeptiert hab, [...] und je länger ich dann daheim war und drüber nachgedacht habe, jetzt bin ich auch positiveingestellt, wo ich sag, jetzt mach ich meine Reha und dann [...] es kommt wie's kommen muss. Das war war nie so im Leben nicht. Ich hab immer gedacht, ohne mich läuft nix, aber es geht schon so.“ (t1, Z580-591)

Die folgende Tabelle (Tabelle 6) dient als Überblick über den individuellen Leitsatz anhand von paraphrasierten Interviewpassagen und aufgeschlüsselt nach den zuvor eingeführten vier Analysekategorien: Einstellungsebene, Handlungsebene, Treiber der Veränderungen und Kontrastierung zwischen früher und heute. Diese Darstellung richtet sich zunächst auf den ersten Interviewzeitpunkt, d. h. während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. In einem späteren Analyseschritt und unter Heranziehung des zweiten Interviews wird untersucht, wie und in welchem Umfang der neue Leitsatz umgesetzt werden konnte, d. h. wie der Perspektivwechsel sich auf der konkreten Handlungsebene widerspiegelt, welche fördernden und hemmenden Faktoren identifizierbar sind und ob sich ggf. der Leitsatz selbst verändert hat (vgl. Kapitel 4.3.2.1).

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Tabelle 6: Individueller Leitsatz als Rahmung von Veränderungsansätzen

Sabine Fesser	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> eigene Bedürfnisse und Grenzen berücksichtigen berufliche Ummorientierung an gesundheitlichen Einschränkungen ausrichten 	<ul style="list-style-type: none"> Integration von Entspannung und Sport in Alltag dem Umfeld gegenüber eigene Grenzen kommunizieren gedankliches Ausloten von möglichen Berufsfeldern; im Bekanntenkreis nach Stellen umhören 	<p>Gesundheit: chronische Schmerzen nicht verstärken</p> <p>Alter: zu jung, um aus dem Berufsleben auszusteigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kamikazetyp vs. bewusst entspannen Ja sagen vs. Nein sagen


Peter Hain	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> tätigkeitsbedingte Gesundheitsrisiken u. a. durch Verhaltensänderung minimieren 	<ul style="list-style-type: none"> abwechselnd Sitzen und Stehen langes Stehen an Drehmaschine vermeiden schwere Pakete nicht mehr „alleine durch die Gegend tragen“ Kollegen um Hilfe bitten 	<p>Berufliche Tätigkeit: wieder den Beruf ausüben können</p>	<p>Arbeiten unter Schmerzen vs. Schmerzen bei der Arbeit vermeiden</p>

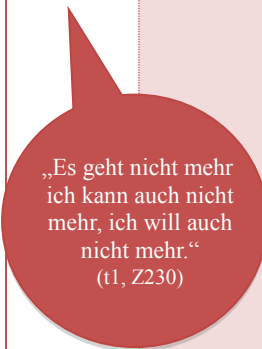
4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Hans Kirch	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> Einsicht, zu viel gemacht zu haben in der täglichen Arbeit im Beruf und auf dem Hof tätigkeitsbedingte Gesundheitsrisiken durch Verhaltensänderungen und Modifikation der Rahmenbedingungen minimieren 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation eines luftgefederten Bagger-sitzes für die Arbeit (Gespräche mit Chef und Bürgermeister) Unterstützungsmöglichkeiten der Kollegen ausloten Plan: Fitnessgerät für zu Hause anschaffen schwere Arbeiten vermeiden 	Berufliche Tätigkeit: wieder den Beruf ausüben können	über Grenzen gehen vs. Grenzen erkennen und einhalten

Claudio Osdorf	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> unvermeidliche Gesundheitsprobleme auf dem Bau durch Tätigkeitswechsel abwenden sich weiterbilden Weiterbildung „Schule“ ernst nehmen neue Lebenserfahrung sammeln selbstständig werden Anerkennung durch Wissen und Leistung 	<ul style="list-style-type: none"> Weiterbildung zum Bautechniker von zu Hause ausziehen in WG studentische WG-Mitbewohnerinnen als Lernmotivatorinnen 	Karriere: sich weiterbilden, guter Verdienst Gesundheit: Gesundheit auf dem Bau gefährdet; variable Arbeit als Bautechniker weniger gesundheitsbelastend	einfacher Bauarbeiter vs. respektierter Bautechniker lernfaul vs. ehrgeizig

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Katharina Rieger	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> • was für sich machen • an sich denken, statt an andere • selbstbestimmte Zeiteinteilung • zu sich finden • besser mit dem Körper umgehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nebenjob aufgeben • auch mal ‚Nein‘ zu Anforderungen des Umfelds sagen • Arbeitsstunden reduzieren • Sauna, Schwimmen, Ruhepausen (in Reha) • mehr Zeit für die Familie 	<p>Alter: mit 30 einfach mal was für sich machen</p> <p>Berufliche Tätigkeit: Liebe zum Job/wieder den Beruf ausüben können</p> <p>Stress: durchgängiger Arbeitsstress ist anstrengend; Freizeitstress</p> <p>Familie: zu wenig Zeit für die Familie (Freund, Mutter)</p>	<p>aufgedreht vs. Genießen</p> <p>festgefahren vs. weiterkommen für sich</p> <p>zu gutmütig vs. egoistischer</p> <p>nicht selbst sein vs. zu sich finden</p>

Brigitte Schulz	Leitsatz	Einstellungsebene/ Perspektivwechsel	Handlungsebene/ Handlungspläne	Treiber der Veränderungen/ Orientierungen	Kontrastierungen früher/heute
		<ul style="list-style-type: none"> • Balance zwischen Arbeiten und Privatleben • sich nicht mehr dem Druck bei Arbeit aussetzen • die Zukunft nehmen, wie sie kommt • mehr Lebenszeit mit Mann und Kindern verbringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsstunden reduzieren • Erwerbsminderungsrente beibehalten • Kontakt zur Arbeitsstelle nur über Personalbüro regeln; nicht mehr persönlich • öfter die Töchter besuchen • Hobbies suchen 	<p>Gesundheit: „ausgebrauchter“ Körper</p> <p>Psychischer Stress: Mobbing auf Arbeit</p> <p>Familie: wenig Zeit für Familie, insb. Ehemann</p>	<p>Arbeit vs. Privatleben</p> <p>ertragen vs. sich wehren</p> <p>„ohne mich läuft nix“ vs. „nehmen wie es kommt“</p>

In der Zusammenschau des individuellen Leitsatzes als Rahmung von Veränderungsansätzen ergeben sich bei allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern deutliche Parallelen im Hinblick auf den Fokus des Perspektivwechsels und dessen Ausdruck auf der Handlungsebene. Im Gegensatz zu früher wird der Erhaltung von Gesundheit bzw. dem Vermeiden erneuter Krankheitsepisoden eine stärkere Bedeutung beigemessen. Primärer Treiber für diese Gewich-

tungsänderung ist die leidvolle Krankheitserfahrung, die tiefsitzende Eindrücke hinterlassen hat. Entsprechend der individuellen Situation werden Handlungsoptionen im beruflichen Umfeld gedanklich ausgelotet und z. T. bereits schon aus der medizinischen Rehabilitationsklinik heraus eingeleitet, die darauf ausgerichtet sind, der stärkeren Bedeutung der eigenen Gesundheit im Alltag gerecht zu werden. Das Spektrum reicht dabei von Verhaltensänderungen (Vermeiden des Tragens schwerer Lasten und von psychischen Stresssituationen) über Umstrukturierungen im beruflichen und privaten Alltag (mehr Freizeit) bis hin zur beruflichen Umorientierung (Weiterbildung). Schlüsselt man die treibenden Faktoren unter dem Aspekt der Zielrichtung auf, zeigt sich auf der einen Seite eine Rückbesinnung auf sich selbst und die eigenen Bedürfnisse und auf der anderen Seite der Fokus auf die Rückkehr in das Arbeitsleben. In den Handlungsplänen wird versucht, beiden Aspekten gerecht zu werden.

Die Kontrastierung zwischen früher und heute unterstreichen die formulierten Leitsätze und bilden die bereits vielfach angesprochenen Veränderungen des Selbst ab (vgl. Kapitel 4.2.2.2 und Kapitel 4.3.1.1). Dies sind bspw. veränderte Gewichtungen hin zu einer stärkeren Berücksichtigung der eigenen Gesundheit und der eigenen Grenzen sowie eine verstärkte Ausrichtung an gesundheitsförderlichen Aktivitäten.

Szenarien des beruflichen Wiedereinstiegs

Jede bzw. jeder der Betroffenen steht mit den zurückliegenden Krankheitserfahrungen nun vor einer vorbildlosen Situation, in der ein beruflicher Wiedereinstieg unter einer unsicheren gesundheitlichen Perspektive und noch schwer abschätzbaren persönlichen Leistungsgrenzen geplant werden muss. Einer der Ausgangspunkte beruflicher Zukunftsszenarien ist die aktuelle Situation in der Rehabilitationsklinik, in der sich die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erstmalig mit einer möglichen veränderten beruflichen Zukunft auseinandersetzen müssen. In Gesprächen mit den medizinischen Experten und der Sozialarbeiterin wird ihnen deutlich vor Augen geführt, dass es aus professioneller Sicht nicht empfehlenswert sei, ihre bisherige berufliche Tätigkeit unter den gegebenen gesundheitlichen Einschränkungen in dieser Form bzw. in diesem Umfang weiter auszuführen. Einen weiteren Bezugspunkt beruflicher Zukunftsszenarien stellt die bisherige Tätigkeit dar. Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage werden Möglichkeiten und Bedingungen des beruflichen Wiedereinstiegs eruiert sowie alternative Szenarien entworfen. In den Abbildungen in Anhang 4 bis Anhang 9 werden diese Szenarien vor dem Hintergrund der beiden Bezugspunkte (aktuelle Situation in Rehabilitationsklinik und bisherige Tätigkeit) für jede Person illustriert.

Ausgehend von ihrer aktuellen Situation während der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wird deutlich, dass alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im Zuge dieser unerwarteten Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft eine persönliche Krise durchleben. Unabhängig vom Konkretisierungsgrad des beruflichen Wiedereinstiegs befinden sich alle Personen in der unsicheren Lage, ob und wie ihre Pläne und Leitsätze tatsächlich greifen können. Insbesondere die Aufforderung der Sozialarbeiterin, sich gedanklich vor dem anstehenden Gespräch mit der Reha-Beraterin bzw. dem Reha-Berater der Rentenversicherung mit möglichen alternativen Berufen auseinanderzusetzen, positioniert alle – mit Ausnahme Claudio Osdorfs, der sich zu diesem Zeitpunkt bereits für eine Weiterqualifizierung entschieden hat – in eine scheinbar unerwartete Situation. In kürzester Zeit werden sie mit der Anforderung konfrontiert, sich, zumindest auf theoretischer Ebene, von ihrem gewohnten Beruf und Arbeitskontext zu lösen sowie gleichzeitig neue berufliche Perspektiven zu entwickeln. All dies müssen sie in einem Umfeld leisten, indem sie weder auf ihr gewohntes soziales Netzwerk zurückgreifen noch die Lage mit ihrem Arbeitgeber klären können. All diese Anforderungen auf rein gedanklicher Ebene zu vollziehen löst das Gefühl des „in der Luft-Hängens“ aus, wie es Katharina Rieger (t1, Z280) umschreibt. Auch Claudio Osdorf, der zwar bereits weiß, was er konkret will, befindet sich in der unsicheren Lage, nicht zu wissen, ob und welcher Kostenträger seine Weiterqualifizierung bezahlen wird. Auf diesem theoretischen Aushandlungsfeld müssen die unbekannten Möglichkeiten im alten Berufskontext mit den unbekannten alternativen Möglichkeiten abgeglichen werden und all dies unter der Prämisse einer noch unbekannten gesundheitlichen Entwicklung (vgl. Kapitel 4.3.2.1 zu den Aushandlungsfeldern beruflicher Neuorientierung).

Aus dieser dreifach unsicheren Ausgangslage heraus werden unterschiedliche Szenarien des Wiedereinstiegs in das Berufsleben entwickelt, die in zwei Richtungen tendieren. Auf der einen Seite steht die klare Absicht – untermauert mit konkreten Plänen – wieder in das Berufsleben zurückzukehren. Auf der anderen Seite gibt es nur eine vage Vorstellung davon, ob und wie der Wiedereinstieg (überhaupt) gelingen kann.

Katharina Rieger, Sabine Fesser, Hans Kirch und Claudio Osdorf gehören zu den Personen mit einer relativ klaren Vorstellung über den Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die Situation von Claudio Osdorf und Sabine Fesser unterscheidet sich dabei in einem Punkt: beide möchten bzw. können nicht, wie die anderen, an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren, verorten sich aber weiterhin in ihren Berufsfeldern. Blickt man nun auf die Ausgangslage dieser vier Personen, d. h. auf ihre Bindung an den Beruf sowie die Rahmenbedingungen der Arbeitsstelle, wird deutlich, dass diese Faktoren für alle ähnlich gelagert sind: u. a. Freude an der Arbeit, jahrelang aufgebaute Berufserfahrung, gutes Arbeitsklima. Die benannten negativen Faktoren wie der Arbeits-

stress oder die schwierigen Rahmenbedingungen (z. B. Personalmangel) scheinen im Vergleich zu den positiven Faktoren eine untergeordnete Rolle zu spielen. Nach dem Gespräch mit der Sozialarbeiterin, in dem die Betroffenen sich erstmals mit dem Gedanken einer alternativen beruflichen Zukunft auseinandersetzen müssen, bringen sie zum Ausdruck, wie schwer ihnen dieser gedankliche Schritt fällt; exemplarisch hierzu Frau Rieger:

Katharina Rieger: „Fällt mir schwer also jetzt wo sie heute gesagt hat, ich soll jetzt diese Umschulung machen oder sollte mir Gedanken drübermachen. Das ist schon schwer. [...] ich mag des' ich brauch dieses, von allen Seiten, das ganze Machen. Ich bin ja jetzt auch nicht in Reha, weil ich, weil ich meinen Job nicht mehr gut finde oder so, sondern [...] krankheitsbedingt.“ (t1, Z224-229)

Diese Gruppe der Befragten entwickeln unterschiedliche berufliche Zukunftsszenarien. Im ersten Szenario wird die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz unter veränderten Bedingungen visualisiert. Diese Bedingungen lassen einen Wiedereinstieg realistisch erscheinen und sind auf die Gesundheit abgestimmt: Vermeidung von Arbeitsbelastungen oder Organisation von Unterstützung. Bereits aus der Rehabilitationsklinik heraus unternimmt Hans Kirch aktive Schritte in diese Richtung. Er befindet sich auf Grund der Wohnortnähe zur Rehabilitationsklinik in ambulanter Behandlung und hatte bereits die Gelegenheit, mit seinem Chef über Unterstützungsmöglichkeiten nach seiner Rückkehr zu sprechen. Frau Fesser beauftragt eine Bekannte mit der Sichtung von Zeitungsanzeigen, um Arbeit für leichte Haushaltstätigkeiten zu finden. Katharina Rieger hingegen fühlt sich hilflos. Gern würde sie aktiv werden und sich mit möglichen Alternativen in ihrem Berufsfeld befassen, doch ihr fehlt ein Computer, um Internetrecherche zu betreiben. Auf der anderen Seite steht das Szenario einer Grenzziehung zu Berufsfeldern, in denen sie sich nicht sehen. Diese stehen im Gegensatz zu ihrer aktuellen Tätigkeit und widersprechen dem eigenen Arbeitstypus. Dazwischen entwerfen Hans Kirch und Sabine Fesser ein drittes Szenario, in dem sie sich ein Scheitern des beruflichen Wiedereinstiegs vorstellen und überlegen, welche alternativen Tätigkeiten für sie in Frage kämen. Sehr konkret wird Herr Kirch, der sich bereits bei einem bekannten Hausmeister informiert hat, wie der Job ist. Auch seine Erfahrungen mit den drei eigenen Kindern lässt er in seine Vorstellung, als Kindergärtner tätig zu sein, einfließen. Allerdings schränkt er ein, dass diese Berufe wiederum körperlich anspruchsvoll und wahrscheinlich keine realistische Alternative darstellen. Für den Fall, dass es nicht mehr als Haushälterin klappt, hofft Sabine Fesser auf die Vorschläge der Rentenversicherung in Bezug auf eine für sie passende Umschulung, die ihre gesundheitlichen Einschränkungen berücksichtigt. Umgehört hat sie sich schon nach einer Anstellung als Straßenbahn- oder Busfahrerin. Claudio Osdorf hat ebenfalls sehr klare Vorstellungen von seiner Rückkehr in das Arbeitsleben. Er kann nicht wieder an seinen alten Arbeitsplatz zurückzukehren, denn unter diesen körperlich anspruchsvollen Arbeitsbedingungen, so bestätigten ihm auch die Ärzte, wer-

den sich in absehbarer Zeit seine Rückenprobleme wieder verstärken. Angesichts dieser Perspektive sah er sich bereits vor der medizinischen Rehabilitation nach Weiterbildungen innerhalb seines Berufsfeldes um und entschied sich für die Weiterbildung zum Bautechniker. Er sieht den Arbeitsunfall als Chance, sich „höher zu bilden“ (t1, Z712f).

Claudio Osdorf: „Ja, weil aufm ja auf'm Bau den ganzen Tag schleppen, Staub schlucken und auf die Jahre wär das nix mehr für mich gewesen. Allein auch schon, ja Rückenprobleme wären früher oder später eh gekommen und ja dadurch, dass das jetzt passiert ist, ein Bautechniker ist variabel im Büro und Baustellenbesuch.“ (t1, Z30-41)

Auch Claudio Osdorf vollzieht eine Abgrenzung zu Berufsfeldern, die für ihn nicht in Frage kommen. Er setzt sich mit seinem ursprünglichen Berufswunsch, Krankenpfleger oder Rettungssanitäter zu werden auseinander, entscheidet sich aber gegen einen kompletten Neuanfang. Zu viel hat er bereits in seinen jetzigen Beruf investiert. Eine neue Ausbildung bedeutet wieder einen finanziellen Rückschritt, den er sich nicht leisten kann.

Neben diesen strukturellen Gemeinsamkeiten aller vier Personen im Hinblick auf das Ziel, zeitnah in das Berufsleben zurückzukehren, unterscheidet sich Frau Fesser von den anderen drei: sie ist unsicher über den Verlauf ihres Heilungsprozesses, ihren gesundheitlichen Zustand nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik und den langfristigen Verlauf ihrer Knieprobleme. Diese vermutete langanhaltende gesundheitliche Vulnerabilität wird zum Unsicherheitsfaktor in der Planung ihres Wiedereinstiegs. Dennoch gibt sie nicht so schnell auf (t1, Z80).

Sabine Fesser: „Nach der Operation und da darf man nicht allzu viel erwarten hat er gesagt. Das kann sch-das wird schon noch besser. Das ist so meine Hoffnung und ich möchte natürlich schon gerne - ich hab's auch mit der Frau H., die Sozialberaterin gesprochen - schon noch mal versuchen auf meinem Beruf. Aber die Option halt doch da ist von der Rentenversicherung, dass ich eventuell wenn's doch nichtmehr klappt gesundheitlich mit den Füßen Beinen, dass ich ne Umschulung bekomme, dass ich einfach dann einen Job ausüben kann, wo passt mit meinen Füßen. [...] Aber das ist wirklich wirklich zu aller- allerletzt würde ich das dann in Angriff nehmen. Aber so schnell gebe ich nicht auf, aber ich spür schon, dass es ein Problem ist mit meinen Füßen und Beinen.“ (t1, Z62-81)

Im Gegensatz zu den anderen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern haben Frau Schulz und Herr Hain nur sehr vage Vorstellungen davon, ob und wie der Wiedereinstieg (überhaupt) gelingen kann. Die berufliche Ausgangslage ist auch bei ihnen von körperlich anspruchsvoller Arbeit geprägt. Der Unterschied liegt hier in dem eher schwierigen Verhältnis zu den Vorgesetzten und in einer damit zusammenhängenden Unzufriedenheit und psychischen Belastung im beruflichen Kontext. Die positive Bindung an den Beruf tritt durch die konfliktreiche zwischenmenschliche Konstellation bei Frau Schulz und Herrn Hain eher in den Hintergrund. Beide können sich nur schwer vorstellen, wie genau ihre eingeschränkte Gesundheit im beruflichen Alltag Berücksichtigung finden könnte: Herr Hain will „versuchen“, nicht so schwer zu heben

(t1, Z138), hat aber Zweifel, ob er die Arbeit in Zwangshaltung vermeiden kann. Frau Schulz ist darauf angewiesen, dass die Betriebsärztin eine leichtere Tätigkeit für sie findet, hat aber keine „Ahnung“ was das sein könnte (t1, Z161). Ihr Wunsch wäre es, vier Stunden täglich arbeiten zu können. Zudem befindet sich Frau Schulz in der gleichen Lage wie Frau Fesser. Ihre Knieprobleme müssen nach der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiterbehandelt werden, eine Operation steht an, und wie es langfristig um ihre Gesundheit steht, kann sie schwer einschätzen. Herr Hain ist von einem anderen Unsicherheitsfaktor betroffen: seine Firma kann jederzeit geschlossen werden, und er würde damit seinen Arbeitsplatz verlieren. Tritt dieser Fall ein, sieht er auf Grund seines Alters von 57 Jahren nur eine geringe Chance, beruflich wieder Fuß zu fassen. Im Unterschied zu den anderen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern können sich weder Frau Schulz noch Herr Hain vorstellen, dass sie berufliche Alternativen haben. Einschränkung hierfür ist ihrer Ansicht nach bspw. das Alter und im Fall von Frau Schulz ihr fehlender beruflicher Bildungshintergrund.

Betrachtet man insgesamt die Wirkkraft der Krankheit auf die Lebenspraxis jedes Einzelnen zeigen sich zwei Seiten. Die Krankheit löst einerseits persönliche Krisen aus, indem sie die alltägliche gelebte Praxis durchbricht und bisher funktionierende Strategien, bspw. den Umgang mit der eigenen Gesundheit in der Arbeitswelt, in Frage stellt. Gleichzeitig hat sie eine Art Katalysator-Funktion. Das latent vorhandene Gefühl, auf Kosten der eigenen Gesundheit gehandelt zu haben, wandelt sich in den Vorsatz um, in Zukunft besser auf die eigene körperliche und psychische Gesundheit zu achten. Die Katalysator-Funktion der Krankheit kommt ebenso zum Tragen, wenn sie instrumentalisiert wird, um bisher nicht umgesetzte Wünsche zu realisieren. Claudio Osdorf verwirklicht seine Absicht, vom Bau wegzukommen und beginnt eine Weiterbildung. Brigitte Schulz sieht die Chance, aus den „Fesseln“ ihres Berufes (t1, Z465) auszubrechen und endlich mehr Zeit ihrem Privatleben zu widmen. Sie kann sich vorstellen, noch vier Stunden zu arbeiten, um dann mehr Freizeit zu haben.

Brigitte Schulz: „Ja, das hab ich auch zu meinem Mann gesagt, hab ich gesagt, ich werde die vier Stunden auch nutzen, ich gehe weiterhin schaffen, ein bisschen Perspektive hab und dementsprechend auch einen Ablauf hab, aber es muss noch so viel Luft zwischen drin sein, dass ich sag, ich gehe jetzt heim, mach meine Hausarbeit und kann machen, Freizeit suchen, mal etwas zum Schwimmen gehen oder Sport treiben oder wie auch immer [...], was du vorher halt gar keine Zeit gehabt hast.“ (t1, Z533-539)

Im folgenden Kapitel wird es nun darum gehen zu untersuchen, ob und wie die in der Rehabilitationsklinik entwickelten Zukunftsszenarien umsetzbar waren und welche Faktoren sich für eine Implementierung der Vorsätze als fördernd oder eher hemmend erwiesen haben.

4.3.2 Rückkehr in das Arbeitsleben unter bedingter Gesundheit

Die vorangegangenen Kapitel führten stetig an das Thema des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben heran, welches im letzten Teil der empirischen Ausführungen untersucht wird. Über die Darstellung der Situation nach medizinischer Rehabilitation zum ersten Interviewzeitpunkt und die Gegenüberstellung mit der Situation zum zweiten Interviewzeitpunkt werden im Kapitel „Standortbestimmung und Aushandlungsfelder“ die spezifischen Merkmale der persönlichen beruflichen Neuorientierung bestimmt und aufgezeigt, welche vielfältigen Herausforderungen sich in diesem Prozess ergeben. „Rahmenbedingungen des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben“ werden unter Betrachtung der Rolle der Schlüsselinstitutionen Rehabilitationsklinik und Rentenversicherung diskutiert, und dabei wird das Lebensalter als wichtiger Einflussfaktor auf subjektive Zukunftsprognosen herausgestellt. Das Kapitel „Hintergrund und Umsetzungsbedingungen von Gesundheitshandeln“ fokussiert auf die veränderte Bedeutung von Gesundheit und den daraus abgeleiteten Strategien des Gesundheitshandelns sowie auf Bedingungen ihrer Umsetzung. Abschließend geht es unter dem Aspekt „Langfristige Lebenspläne“ darum aufzuzeigen, welche neuen Zukunftsszenarien, insbesondere zum zweiten Interviewzeitpunkt, entwickelt werden, und dass die Absicherung der eigenen Zukunft dabei einen besonderen Stellenwert erfährt.

4.3.2.1 Standortbestimmung und Aushandlungsfelder

„Arbeitskollegen nehmen mir fast die ganze Last ab.“¹²⁰

In diesem Kapitel wird zunächst die gegenwärtige Situation der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zum zweiten Interviewpunkt, d. h. neun bzw. dreizehn Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik punktuell betrachtet und dabei den noch in der Rehabilitationsklinik entwickelten Szenarien gegenübergestellt. Dies gibt einen ersten Eindruck der erfüllten bzw. nicht-erfüllten Zukunftsvorstellungen. Auf dieser Basis wird der Blick vom Standort auf den Prozess der Neuorientierung geworfen, in dem dieser in seinen vielfältigen Aushandlungsfeldern und Kernmerkmalen beschrieben wird.

Entworfenene Szenarien und gegenwärtige Situation

Für die Gegenüberstellung der gesundheitlichen und beruflichen Situation zu beiden Interviewzeitpunkten wird auf die Illustrationen in Kapitel 4.3.1.2 zurückgegriffen und im Zeitverlauf weitergeführt, wobei sich aus deskriptiver Sicht folgendes Bild ergibt: drei der Befragten sind

¹²⁰ Hans Kirch, t2, Z5

zurück am alten Arbeitsplatz (Herr Hain, Herr Kirch und Frau Rieger), Frau Fesser ist arbeitssuchend, Frau Schulz ist aktuell arbeitsunfähig und Herr Osdorf hat seine Weiterqualifizierung begonnen. Die folgenden Ausführungen geben für jede Interviewpartnerin und jeden Interviewpartner einen kurzen Überblick der aktuellen beruflichen, gesundheitlichen und privaten Situation.

Sabine Fesser (Anhang 10): „Dafür brauche ich meine Beine und meine Füße.“ (t2, Z218)

Entgegen ihrer Vorstellung, es noch einmal im alten Beruf als Hauswirtschafterin zu versuchen, kommt dies ihrer Meinung nach auf Grund der weiterhin bestehenden gesundheitlichen Probleme im Moment nicht mehr in Frage „das geht gar nicht mehr“ (t2, Z442). Sie befindet sich in einer sehr unsicheren Lage und „hängt in der Luft“ (t2, Z462). Einerseits ist Frau Fesser offen für alle beruflichen Richtungen, in der aber gleichzeitig ihre chronische Krankheit Berücksichtigung finden sollte. Ihr Leitsatz, der zum ersten Interviewzeitpunkt ein erforderliches Gleichgewicht zwischen den gesundheitlichen Problemen mit ihren Füßen und ihrer beruflichen Tätigkeit in den Mittelpunkt stellte, ist auch weiterhin ein Leitmotiv ihrer Orientierungsphase. Auch neun Monate nach Entlassung aus der Reha bestimmt ihre unsichere gesundheitliche Lage die noch diffuse Richtung ihrer beruflichen Neuorientierung. Sie entwickelt zwar einige Ideen, aber diese sind noch sehr vage in Bezug auf eine zeitnahe Umsetzung. Sie räumt ein, Entscheidungen „schleifen“ gelassen zu haben, denn sie musste zunächst alles „erst mal verarbeiten, verdauen“ (t2, Z462ff). Sie spricht in diesem Zusammenhang darüber, was ihr hilft, um nicht niedergeschlagen zu sein:

Sabine Fesser: „Es grenzt mich schon ein bisschen aus in allem, arbeitstechnisch, privat, aber dennoch bin ich jetzt nicht niedergeschlagen. Also ich find einfach auch Kraft und Trost durch meinen Glauben, ganz klar. Und ich sag mir immer, wenn ich dann mal ein bisschen Tief hab, dann denk ich immer an welche, denen es schlimmer geht.“ (t2, Z102-106)

Frau Fesser sieht die Gefahr, dass sie durch eine noch längere Zeit ohne Beruf „hinter die Schiene rutscht“ (t2, Z43) und dass sie den Wiedereinstieg in das Berufsleben durch ihre vielen privaten Verpflichtungen und Aktivitäten aus dem Blick verliert. „Ausklinken“ (t2, Z468) aus dem Berufsleben will sie sich auf keinen Fall. Eine klare Richtungsentscheidung trifft Frau Fesser hingegen, in dem sie sich gegen eine Umschulung entscheidet. Diese hätte zu viele private Veränderungen von ihr abverlangt (Umzug in ein anderes Bundesland, Pflege der Mutter und des Onkels organisieren) und zudem zu hohe Anforderungen an sie gestellt. Das Szenario einer Umschulung ist für sie damit „abgehakt“ (t2, Z20). Sie erhofft sich vom Jobcenter Impulse, wie es weitergehen könnte. Insgesamt betrachtet, richtet sich die berufliche und private Lebensgestaltung von Frau Fesser an der Krankheit aus. Im privaten Umfeld setzt Frau Fesser klare Grenzen in Bezug Anforderungen und gemeinsame Aktivitäten. Damit vollzieht sie die bereits

in der Rehabilitationsklinik entworfene Abwendung vom „Kamikazetyp“ und versucht nun, im Lebens- und Berufsalltag „die Balance zu finden“ (t2, 421), in dem alles „zusammenpasst“ mit ihren Füßen:

Sabine Fesser: „Das will ich einfach nicht, dass ich acht sechs bis acht Stunden schaff, dann nach Hause komme und für nichts mehr zu haben bin. Wenn ich dann mich erst mal abends aufs Bett legen muss zu Hause und relaxen, wär dann, nee ich muss ja noch m- mich um meine Mutter kümmern, meinen Onkel kümmern mich- bin unterwegs in meinem Glauben. Da brauch ich einfach das, die Zeit brauch ich auch und dafür brauch ich meine Beine und meine Füße. Also muss alles irgendwie zusammenpassen, der Job Arbeit und das andere und des ist so 'n bisschen grad für mich die Herausforderung da was Gescheites zu finden.“ (t2, Z313-319)

In Bezug auf die intendierte Integration von Sport im Alltag geht sie schwimmen und fährt regelmäßig mit dem Rad.

Peter Hain (Anhang 11): „*Mach also im Prinzip alles genau das, was ich nicht machen solltest.*“ (t2, Z207)

Peter Hain kehrte an seinen alten Arbeitsplatz zurück. In der Rehabilitationsklinik sprach er vom Versuch, belastende Tätigkeiten zu vermeiden. Dieser Versuch, im Arbeits- und Privatalltag seine gesundheitlichen Einschränkungen zu berücksichtigen, gelingt ihm nur eingeschränkt.

Peter Hain: „[...] eigentlich nicht so das Ideale und da hat ich im Geschäft auch wieder vom, ging's eigentlich auch wieder gleich rund. Hab zwar, oder ich mach's immer noch, versuch mich so weit wie möglich zurückzuhalten. Das heißt aber, es lässt sich nicht vermeiden, dass halt doch einmal Pakete dabei mit achtzehn Kilo, die man jetzt geschwind von der Waage runterlupft auf die Waage oder so und das funktioniert da recht und schlecht, ge?“ (t2, Z43-48)

Dennoch spricht er von ein „klein bisschen mehr Freiheit“ (t2, Z84) auf Arbeit und sieht Veränderungen in seinem Verhalten auch im privaten Alltag. Vorher hat er zu Hause „alles Mögliche durch die Gegend“ getragen, heute macht er das nur noch zu zweit oder gar nicht (t2, Z246). Seinem Chef gegenüber macht er deutlich, dass er sich auf Kosten seiner Gesundheit nicht mehr dem bisherigen Arbeitsdruck aussetzen möchte.

Peter Hain: „Das ist immer so ein Streitpunkt, aber das ist jetzt die Einstellung, die ich jetzt habe. Weil das muss er, das ist meine Gesundheit. Ich muss jetzt auch gucken, wo ich bleibe. Das Rentenalter will ich noch irgendwie erreichen, so dass ich noch irgendwie auf zwei Füßen durch die Gegend laufen kann. Ja also fang ich an zu reduzieren und da kommt halt, dass [...] ein paar Sachen liegen bleiben.“ (t2, Z271-275)

Das Szenario eines Arbeitsplatzwechsels mit Umzug kommt für ihn weiterhin nicht in Frage. Bestätigung und Unterstützung erhält er von seiner Reha-Beraterin in der Deutschen Rentenversicherung, die noch den weiteren Verlauf seiner gesundheitlichen und arbeitsplatzspezifischen Situation abwarten will. Auch sie sieht nur eine geringe Chance, einen gesundheitsgerechten wohnortnahen Arbeitsplatz zu finden. Die Firma ist weiterhin von der Schließung bedroht, doch

Herr Hain hofft, dass die Firma, wie auch er noch bis zu seiner Rente „durchhalten“ (t1, Z657 bzw. Z687). Insgesamt befindet sich Herr Hain in einer „Versuchsphase“ (t2, Z234) und es gilt abzuwarten, wie es mit seiner Gesundheit und mit seinem Arbeitsplatz weitergeht (t2, Z211ff).

Hans Kirch (Anhang 12): „Lasten heben so fast gar nicht mehr“ (t2, Z9)

Hans Kirch hat bereits während seiner medizinischen Rehabilitation seine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz vorbereitet. Durch Vorgespräche mit dem Chef und der Rentenversicherung konnte ein luftgefederter Sitz in sein Fahrzeug eingebaut werden. Seine Kollegen unterstützen ihn, und für das Heben schwerer Lasten wird er kaum noch eingesetzt. Die meiste Zeit verbringt Herr Kirch nun auf dem Bagger. Sein Rückkehrszenario hat sich damit erfüllt, obwohl er solch eine durchweg positive Entwicklung nicht erwartet hatte (t2, Z2). Die Alternativen, wie eine Umschulung oder eine andere Tätigkeit, kommen damit nicht mehr in Frage für ihn.

Auch auf dem eigenen Hof entlasten ihn die Söhne, er selbst vermeidet auch hier körperliche Anstrengungen „der Eimer wird nur noch halb voll gemacht“ (t2, Z34f). Gemäß seinem Leitsatz, sich richtig zu „halten“ veränderte er sich selbst (t2, Z23f) und konnte zugleich seinen Arbeitsalltag entsprechend umorganisieren.

Gleichzeitig verfolgt ihn die ständige Angst vor einem Rückfall, den er durch den Einbau eines ergonomischen Baggersitzes, das eigene Verhalten und körperliche Fitness (t2, Z177f) zu vermeiden versucht. Doch so plötzlich der Bandscheibenvorfall kam, so plötzlich könnte er wieder kommen. Er hofft, es „hält“ noch bis zur Rente in acht Jahren (t2, Z502ff).

Hans Kirch: „Am Sitz wird's nimmer liegen jetzt. Passieren kann immer mal was denk ich mal. Aber sonst muss ich sagen, eigentlich ist relativ gut. Noch so Schonhaltung mach ich immer noch, da habe ich immer das Gefühl, jetzt fängst auf der anderen Seite an. Also wieso, weiß nicht, ob ich mir das alles mal einbilde, aber es kann schon sein, denk ich mal, aber das immer (unverständlich) so Angst, hätt's immer eigentlich.“ (t2, Z153-157)

Claudio Osdorf (Anhang 13): „Ich hab mich um hundertachtzig dreihundertsechsdreihundertneunzig Grad gedreht.“ (t2, Z67f)

Claudio Osdorf hat sein Ziel erreicht: er befindet sich in Ausbildung zum Bautechniker. Dies gelang ihm allerdings erst nach einigen Hürden. Die Rentenversicherung zahlt ihm diese Ausbildung nicht, da er laut Testergebnissen „vom Kopf her“ den Ansprüchen eines Bautechnikers nicht genügt (t2, Z81ff). Eine angebotene kaufmännische Umschulung lehnte er ab, denn dies wäre „komplett von meinem Weg ab.“ (t2, Z130f). Er zieht daraufhin „sein eigenes Ding“ (t2, Z102) durch und beginnt die Ausbildung als Selbstzahler mit Unterstützung seiner Eltern und Bafög. Am Wochenende geht er wieder arbeiten auf dem Bau bei seinem alten Chef, um seinen Eltern das Schulgeld zurückzuzahlen.

Den Auszug von zu Hause sieht er als einen wichtigen Schritt in die Selbstständigkeit und in sein neues Leben. Claudio Osdorf überrascht sich selbst mit seinem Ehrgeiz, den er von früher nicht kannte. Zwar hatte Claudio Osdorf bereits neun Monate zuvor die Befürchtung geäußert, dass er vielleicht Probleme mit dem Lernen haben könnte, doch so anstrengend hatte er sich die Ausbildung nicht vorgestellt. Inzwischen kommt er besser mit den Anforderungen zurecht, muss aber viel Lernstoff nachholen und hat kaum Freizeit, u. a. für körperliche Aktivitäten. Durch den fehlenden Sport kehren nun seine Rückenprobleme zurück, „ab und zu“ greift er nach Schmerztabletten zum Entspannen und nimmt sich vor, in Zukunft Sport zu machen.

Claudio Osdorf: „Mein Ding war am Anfang, dass ich nicht, dass es mir zu schnell geht. [...] Aber sonst bin ich eigentlich ganz zufrieden mit der Schule und wie's jetzt ist im Moment, ja? Wenn das halt jetzt mit dem Rücken auch so bleibt oder be- nicht schlimmer wird sag ich mal, dann ist alles in Ordnung, ja? Ich muss zwar jetzt in der Zukunft regelmäßiger Sport machen, Rückenübungen auf jeden Fall.“ (t2, Z218-224)

Katharina Rieger (Anhang 14): *„So wirklich weg, wechseln möchte ich eigentlich gar nicht.“* (t2, Z36)

Frau Rieger konnte sowohl den festen Entschluss, wieder in die Klinik zurückzukehren als auch mehr für sich zu machen, umsetzen. Ihren Arbeits- und Privatalltag hat sie „entstresst“ (t2, Z630), in dem sie bspw. ihren Nebenjob im Schlaflabor aufgegeben hat, Pausen einlegt und ihren Pferdestall wohnortnäher umgesiedelt hat. Sie verbringt mehr Zeit mit ihrer Mutter und achtet insbesondere bei der Arbeit besser auf ihren Rücken.

Die Rentenversicherung bot ihr eine Ausbildung zur Hygienefachkraft an, doch darüber muss sie noch nachdenken, denn so richtig liegt ihr dieser Bereich nicht. Stattdessen kann sie sich vorstellen, sich als Assistentin für klinische Studien (Study Nurse) zu qualifizieren.

Aktuell sieht sie sich mit der Problematik konfrontiert, dass der Klinikbetreiber Insolvenz angemeldet hat und es kürzlich Massenentlassungen gab. Ihre Station, so hat sie erfahren, ist nicht davon betroffen und wird vom neuen Betreiber mit dem Personal übernommen. Dennoch hat sie sich nach anderen Stellen in der Umgebung umgesehen und schon mehrere Bewerbungsgespräche und Probearbeiten hinter sich. Sie könnte überall sofort anfangen, was ihr die Angst nimmt, „nirgends mehr unterzukommen“ (t2, Z365ff). Doch im Vergleich mit ihrer jetzigen Arbeit hat sie noch nichts gefunden, was ihr gefällt.

Katharina Rieger: „Hab jetzt mehrere Bewerbungsgespräche gehabt. Überall hin wirklich in alle Richtung. In die Psychiatrie, ja in Privatkliniken, dann auch im Altenheim. [...] Ja, aber das bis jetzt war noch nichts so, dass ich sag ja, das möchte ich gerne machen. und dann schon mal die Frage, wenn ich jetzt morgens zum Arbeiten geh, willst zehn Jahre weitermachen, muss ich ehrlich sagen, ja. Also das, was ich jetzt mache, möchte ich eigentlich weitermachen.“ (t2, Z27-33)

Brigitte Schulz (Anhang 15): „Ich hab jetzt auch Vollerwerbsminderung beantragt, weil ins Berufsleben kann ich nicht mehr zurück.“ (t2, Z13f)

Entgegen ihrer Vorstellung, wieder für maximal vier Stunden eine leichtere Tätigkeit in ihrem Betrieb ausüben zu können, ist Frau Schulz weiterhin arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand hat sich verschlechtert, sie muss am Knie operiert werden, und es ist unklar, wie es ihr danach gehen wird. Ihr alter Arbeitgeber und die Betriebsärztin können ihr keine alternative Tätigkeit anbieten, und es wurde ihr seitens der Geschäftsführung geraten, dass es besser sei, wenn sie kündigt.

Brigitte Schulz: „Der Einstieg wird einem nicht leicht gemacht, obwohl so ein großer Betrieb ist und er immer gesagt hat, sie sind sozial eingestellt. Der Chef unternimmt auch nix. Er hat auch kein Gespräch mit mir gesucht, oder ich habe angerufen, hab ihm das von der LVA wollen vorlegen und sagen, dass er ja alles bezahlt kriegt, wenn er und nee hat die vom Büro gesagt gehabt. [...] Der Chef hat im Moment für mich keine Zeit. [...] und dann habe ich ein Schriftstück gekriegt, dass im Haus Firma Z. für mich kein Platz ist.“ (t2, Z89-95)

Die lange Zeit ohne Arbeit, die Schmerzen und körperlichen Einschränkungen lösten bei ihr zusätzlich Depressionen aus. Sie hat sich bereits psychologische Hilfe gesucht und beantragt nun eine volle Erwerbsminderungsrente, eine teilweise EM-Rente hat sie bereits. Anders als erwartet fällt ihr zu Hause die Decke auf den Kopf. Sie wollte mehr Zeit mit ihrer Familie verbringen, doch ihr Mann geht tagsüber arbeiten, und die Kinder sind aus dem Haus und haben ihr eigenes Leben. Interesse für ein Hobby konnte sie noch nicht entwickeln. Die Schmerzen schränken sie in ihren Aktivitäten stark ein, so dass sie keinen Antrieb für „gesellschaftliche Dinge“ (t2, Z134) hat. Brigitte Schulz muss zunächst abwarten, wie es gesundheitlich weitergeht. Trotz ihrer Vorstellung, dass die Rentenversicherung ihr auf Grund des Alters und der fehlenden Berufsbildung keine Umschulung anbieten wird, erhält sie die Genehmigung einer „Teilhabe am Arbeitsleben“ (t2, Z6). Doch sie lehnt es ab, mit 51 Jahren nochmal für drei Jahre „die Schulbank“ zu drücken (t2, Z33). Zudem würde sie es psychisch nicht „packen“ (t2, Z36), und sitzende Tätigkeiten kann sie im Moment nicht ausüben. Eine kürzere Weiterbildung hingegen kann sie sich vorstellen, wenn es ihr gesundheitlich bessergeht. Sie sieht eine „Zukunft“ in der Möglichkeit, mit Hilfe einer Qualifizierung z. B. als Verwaltungsfachangestellte im Rathaus zu arbeiten (t2, Z263).

Aushandlungen im Zuge der beruflichen Neuorientierung

Sehr deutlich wird in den Interviews zum ersten und zweiten Zeitpunkt, dass die während der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme initiierte berufliche Neuorientierung auch nach erfolgter Rückkehr in das Arbeitsleben weitergeführt wird. Diese Neuorientierung ist ein Aushandlungsprozess, der sich anhand der Gegenüberstellung von Zukunftsszenarien (zum ersten Interviewzeitpunkt) und gegenwärtiger Situation (zum zweiten Interviewzeitpunkt) in verschiedene Aus-

handlungsfelder unterteilen lässt. Abbildung 30 illustriert diese Bereiche und formuliert aus der Perspektive der Betroffenen, teilweise in Ich-Form, Fragen und Aussagen, um diesen Aushandlungsprozess greifbarer zu machen.

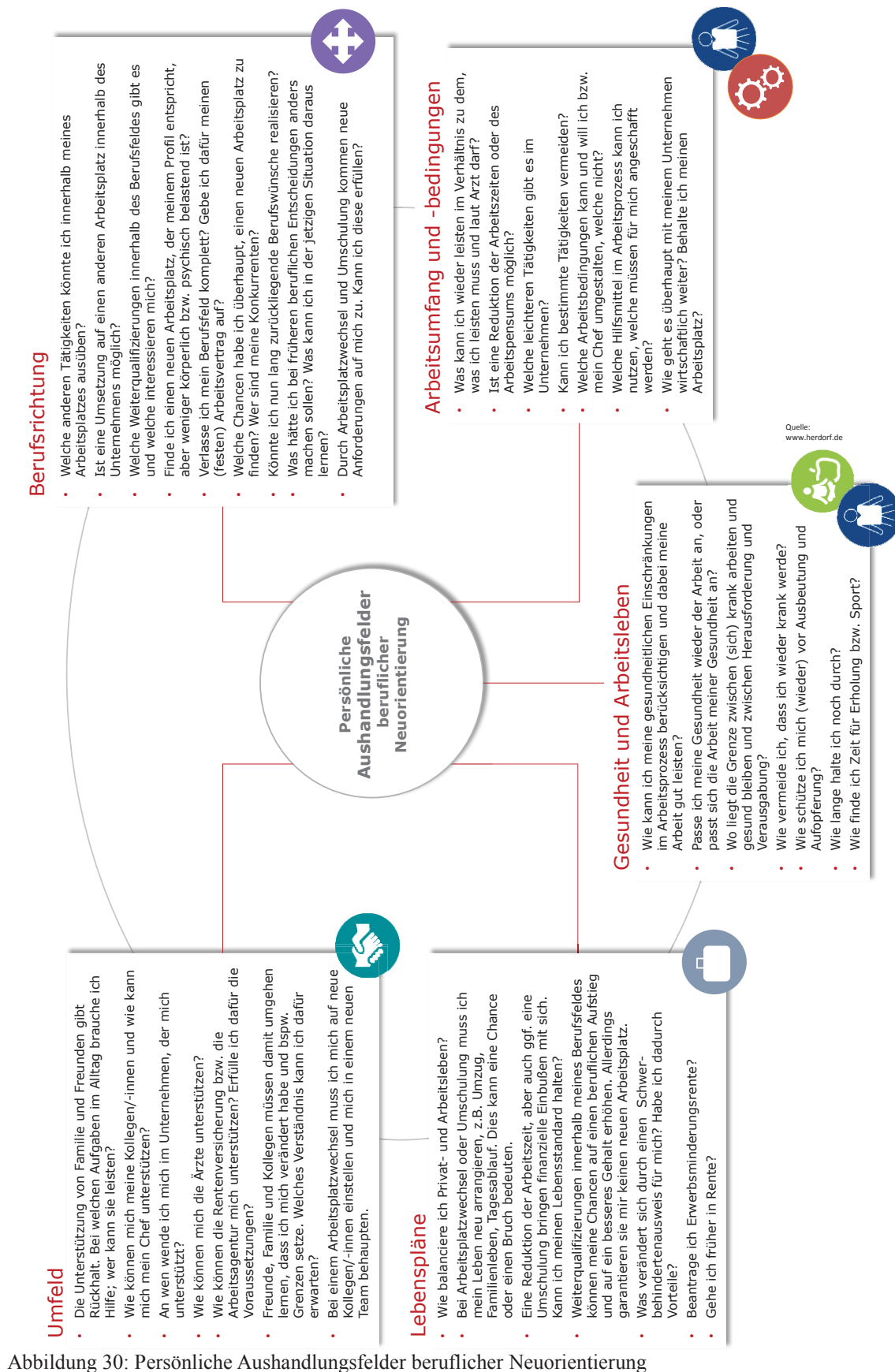


Abbildung 30: Persönliche Aushandlungsfelder beruflicher Neuorientierung

Auf den ersten Blick zeigt die Darstellung, wie komplex der Weg einer beruflichen Neuorientierung für die Betroffenen ist, und welche vielfältigen Fragen sich in diesem Prozess ergeben. Als Querschnittsbereiche sind es insbesondere die eigenen Interessen und Aspekte der Lebensqualität sowie der Gesundheitszustand, spezifische Rahmenbedingungen und vorliegenden Informationen, welche die Richtung, Bedingungen und Gestaltbarkeit des Rückkehrprozesses bestimmen. Dieser Prozess ist fortwährend, d. h. er beginnt bewusst während der medizinischen Rehabilitation und setzt sich bei erfolgter Rückkehr in das Arbeitsleben fort. Parallel zum empfundenen weiterhin unberechenbaren gesundheitlichen Verlauf – auch wenn in einigen Fällen eine gewisse Stabilität eingetreten ist – stellen sich auch zurück im Arbeitsleben konstant viele dieser Fragen (vgl. Kapitel 4.3.2.4).

Zentrales Merkmal beruflicher Neuorientierung ist die Auseinandersetzung mit teils widersprüchlichen Gegebenheiten in Bezug auf Gesundheit und Arbeit. Dies betrifft in besonderem Maße

- die eigenen Vorstellungen von idealen gesundheitsangepassten Arbeitsbedingungen die den häufig unveränderlichen Bedingungen des Arbeitsplatzes oder den Tätigkeiten gegenüberstehen und
- den Fokus auf gesundheitliche Selbstsorge, der im Widerspruch stehen kann zu dem eigenen Anspruch und den Erwartungen seitens des beruflichen Umfelds, so wie früher arbeiten zu können.

Nicht in jedem Fall können Widersprüche im Laufe der Zeit aufgelöst bzw. minimiert werden. In diesen Fällen droht sich die Risikokonstellation gesundheitlicher Belastungen erneut zu formieren. Demgegenüber stehen Fälle, in denen zumindest teilweise Gesundheitsrisiken der täglichen Arbeit minimiert werden konnten, z. B. durch ergonomische Hilfsmittel, flexible Tätigkeiten, Ruhepausen sowie ein unterstützendes Kollegium. Entscheidend bleibt aber auch hier, ob man die eigenen (körperlichen) Grenzen berücksichtigt bzw. dies im Arbeitsalltag immer möglich ist:

Hans Kirch: „Also ich mach jetzt fast nur noch was mit Fahren und also mit der Maschine fahren, bedienen. [...] Also so Lasten heben so fast gar nix mehr und wenn, dann kommt dann abends die BÜße dann merk ich genau dann merk ich genau was, dass ich bissel zu viel gemacht.“ (t2, Z7-11)

Hieran zeigt sich eine besondere Herausforderung, wenn es darum geht, tagtäglich Arbeit und Gesundheit in Einklang zu bringen. Zusätzlich zu den vielfältigen Aushandlungen mit sich selbst und dem Umfeld wird stetig versucht, nicht wieder in alte Muster zu fallen. Dies wird besonders spürbar, wenn man aus der stationären Rehabilitation zurück in den Alltag „geschmissen“ (Katharina Rieger, t2, Z65) wird. Bei Herrn Hain ging es auf Arbeit „gleich wieder rund“ (t2, Z44). Dieser Kontrast wirkt sehr stark, denn die Lebens- und Arbeitswelt außerhalb

der Rehabilitationseinrichtung hat sich nicht verändert (vgl. Kapitel 4.3.2.2 zum ‚Reha-Raum‘). Das folgende Beispiel betrifft nicht direkt die Erwerbsarbeit von Katharina Rieger, steht aber dennoch als Beispiel für diese Beobachtung.

Katharina Rieger: „Ich habe ja bei meiner Freundin im Stall, war ich doch eingestellt so. Und hab ja da immer die Pferde mitversorgt. Und ich war ja da aus der Reha zurück und war gleich, war sie drei Wochen weg und war gleich Wochen krank. Dann bin ich gleich wieder reingeschmissen worden und kam so wieder in diesen alten Trott zurück. Dieses: ich kann nicht nein sagen. Man macht halt dann einfach mit.“ (t2, Z61-66)

Die Unterstützung des Umfeldes (Familie, Freunde, Arbeitskollegen) spielt fallübergreifend eine bedeutende Rolle, um den Betroffenen emotionalen Rückhalt zu geben, aber auch um mit konkreter Alltagshilfe im Privat- und Arbeitsleben zur Seite zu stehen. Das Umfeld ist ein Spiegel der eigenen Veränderungen, denn durch Reaktionen des Gegenübers wird deutlich, dass man sich verändert hat (Kapitel 4.2.2.2 über das veränderte Selbstbild).

Sabine Fesser: „Dadurch dass ich halt alleine lebe und keine Kinder hab und mein, das Umfeld von mir so schon gewohnt war, dass ich immer da bin und mach, und mach's auch eigentlich gern. Ich helfe sehr gerne, aber ja, hab's sie einfach auch in Grenzen gesetzt. Denen die Grenzen gesetzt und die müssen das einfach akzeptiere, und ich fühl mich auch dabei wohl.“ (t2, Z399-402)

Im Prozess der beruflichen Neuorientierung treten Schlüsselfiguren hervor, die für die Betroffenen eine wegweisende Funktion einnehmen. Hier sind es die Ärzte während der Akutversorgung und insbesondere im Reha-Prozess, die durch formulierte gesundheitliche Prognosen richtungsweisend für die langfristige berufliche Zukunftsplanung sein können. Gleichzeitig zeigen sie auf, wie durch eigenes Verhalten auf diese Vorhersage Einfluss genommen werden kann.

Hans Kirch: „Die Ärztin, die hat immer gesagt, ja ich kann in den nächsten fünfzehn Jahren kann ich noch schaffen zwanzig Kilo. [...] Hab ich zuerst gedacht, zwanzig Kilo ja das ist gar nix. Na dann hat sie gesagt, ja fünfzig Kilo kann ich auch machen, aber sie garantiert mir dann in fünf sechs Jahren ist dann der untere Wirbel steif. Und ich muss sagen, zwanzig Kilo bis (unverständlich) geht's und dann muss ich selber sagen fertig. Also man merkt doch genau, wo zwanzig Kilo sind. Das hatte ich nicht gedacht.“ (t2, Z481-491)

Die Sozialarbeiterin der medizinischen Rehabilitationsklinik ist eine weitere Schlüsselfigur in dem Prozess beruflicher Neuorientierung. Sie informiert die Betroffenen über zustehende ‚Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben‘ durch die Versicherungsträger und unterstützt konkret bei der Beantragung dieser Leistungen. Sie ist die Mittlerin zwischen den Betroffenen und den für diese bisher unbekannten Institutionen. In diesem Sinne führt sie die Betroffenen mit den Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern der Rentenversicherung bei Bedarf zusammen. Diese sind selbst wichtige Schlüsselfiguren in der Richtungsfindung der Neuorientierung. Durch Angebote der Rentenversicherung wie z. B. Weiterbildungen oder eine Umschulung werden neue Perspektiven eröffnet und konkretisiert. Auch wenn die Betroffenen diese zunächst nicht in Anspruch

nehmen, können sie dennoch wichtige Impulse für die Planung der weiteren beruflichen Zukunft geben.

Interviewerin: „Sie hatten anfangs die Maßnahmen angesprochen, was wurde Ihnen denn da bewilligt von der LVA?“

Brigitte Schulz: Das ist ja Teilhabe am Arbeitsleben und zwar ist das ja Wiedereinstieg ins Berufsleben. Entweder Umschulung oder Weiterbildung war das. Und ich habe gesagt ich jetzt mit einundfünfzig nochmal auf Schulbank drei Jahre, bis ich dann ausgelernt habe und wie sich das alles noch entwickelt allein vom gesundheitlichen Zustand her – habe ich gesagt: mach ich keine Umschulung mehr.“ (t2, Z28-35)

Interviewerin: „Wo würden Sie denn gern arbeiten?“

Brigitte Schulz: In meinen alten Beruf kann ich nicht mehr arbeiten. Ich habe ja gesagt gehabt, dann werde ich halt die Maßnahme, wenn das müsst ich halt mit der LVA weil das, geht ja nur ein Jahr [...] würde ich das dann später anschließend noch mal in Angriff nehmen und wäre dann nochmal eine Weiterbildung so im kaufmännischen im Büro oder irgendwas werde ich dann auch machen.“ (t2, 222-230)

Auf die Gestalt dieser Begegnungen mit den Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern wird in Kapitel 4.3.2.2 gesondert eingegangen. Es muss bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass hier in Grundzügen eine Aushandlung stattfindet, in der zwischen den behördlichen Auflagen, offenen Angeboten und eigener Interessenlage Entscheidungen angebahnt werden. Verhandlungen finden auf anderer Ebene auch mit den Vorgesetzten statt. Hier geht es darum, gesundheitsangepasste Arbeitsprozesse auszuloten und in die Routine zu bringen oder den Arbeitgeber zu überzeugen, die anteiligen Kosten von Hilfsmitteln zu tragen.

Es fällt auf, dass es in fast allen Fällen keine präsenste Schlüsselfigur gibt, die zwischen den Arbeitgebern und den betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern steht. Lediglich Frau Schulz berichtet von der Betriebsärztin, von der sie allerdings keine Unterstützung erfährt.

Insgesamt ist zu beobachten, dass die Informationsbasis der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in Bezug auf die Länge der Umschulung sowie auf die erforderlichen Voraussetzungen von den tatsächlichen Rahmenbedingungen abweichen kann. Es wird mehrfach von dreijährigen Umschulungen berichtet, obwohl sie tatsächlich nur zwei Jahre dauern. Noch in der Rehabilitationsklinik wird davon ausgegangen, auf Grund des Alters und fehlender Qualifikationen keine Umschulung durch die DRV zu erhalten; später wird aber eine Umschulung oder Weiterbildung zugesichert. An welchen Stellen der Informationskette und auf Basis welcher individuellen situativen Informationsdeutungen dieses Verständnis und die Überzeugungen entstanden, bleibt offen. Begründet wird der Wissenstand zur Altersgrenze u. a. durch Erzählungen aus dem Umfeld der befragten Personen.

Brigitte Schulz: „Ich habe jetzt schon die Erfahrung gemacht, und hab auch bei vielen schon erlebt, in Anführungsstrichen, mit denen wo ich jetzt schon zusammengekommen sind oder auch in der Re- in der letzten Reha, die wo schon in dem Alter waren wie ich jetzt bin, ne? Die hat die Rentenversicherung komplett alles abgelehnt.“ (t1, Z440-443)

Nach der vorgenommenen Standortbestimmung und Skizzierung der Aushandlungsfelder im Zuge der Rückkehr in das Arbeitsleben und unter der Perspektive eines veränderten Gesundheitszustandes wird es im Folgenden darum gehen, die Rahmenbedingungen eines Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben genauer zu betrachten.

4.3.2.2 Rahmenbedingungen des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben **„Keine Chance auf Grund des Alters.“¹²¹**

In den folgenden Kapiteln werden ausgehend von der erfolgten bzw. nicht erfolgten Rückkehr in das Arbeitsleben sowie in Bezug auf weitere persönliche Erfolgsdimensionen fördernde und hemmende Faktoren des Wiedereinstiegs zusammengetragen, wobei sich das Lebensalter als ein herausgehobener Aspekt für den befragten Personenkreis darstellt und gesondert betrachtet wird. Die Versorgungsinstitutionen (u. a. Rehabilitationsklinik und Rentenversicherung) und deren Akteure nehmen eine rahmende und wegweisende Rolle im Prozess beruflicher Neuorientierung ein. Abschließend wird daher auf die Rolle dieser Schlüsselinstitutionen und deren Akteure eingegangen. In den vorangegangenen Darstellungen zeichneten sich vereinzelt bereits Veränderungen im Gesundheitsverhalten sowie Überlegungen zu langfristigen Zukunftsentwürfen ab. Diese Aspekte werden ebenfalls ausführlicher behandelt.

Faktoren des Wiedereinstiegs und persönliche Erfolgsdimensionen

Um die fördernden und hemmenden Faktoren systematisch zusammenzutragen, wurden zwei Ausgangspunkte für diese Analyse gewählt. Der erste Ausgangspunkt richtet sich auf das objektive Ergebnis nach der Rehabilitationsmaßnahme, d. h. ob ein Wiedereinstieg erfolgt ist oder nicht¹²². Unter dem zweiten Ausgangspunkt wird der gesamte Verlauf der Neuorientierung betrachtet und die Frage gestellt, welche weiteren individuellen Erfolge unabhängig von dem Wiedereinstieg ins Berufsleben zu beobachten sind.

Die Verläufe beruflicher Neuorientierung, die in einer Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz mündeten, weisen ähnliche Merkmale auf. Die Personen verfügen über eine stabile Gesundheit,

¹²¹ Peter Hain, t1, Z252

¹²² Claudio Osdorf, der eine Umschulung begonnen hat, steht theoretisch zwischen diesen beiden Verläufen. Sein Fall wird dennoch in der Gruppe der Rückkehrer in das Arbeitsleben verortet, da seine Weiterbildung durchaus die Merkmale einer beruflichen Tätigkeit aufweist wie z. B. feste Zeitstrukturen oder spezifische berufliche Anforderungen.

eine wichtige Position im Team bzw. im Unternehmen, sie erfahren Unterstützung im Kollegium und durch die bzw. den Vorgesetzten zum Teil bereits noch vor Rückkehr an den Arbeitsplatz. Vereinzelt wurde der Arbeitsplatz bzw. wurden die Arbeitsprozesse den gesundheitlichen Bedarfen der Betroffenen angepasst. Eine entscheidende Rolle für die Begegnung von Herausforderungen im Rückkehrprozess spielt zudem die soziale Unterstützung im privaten Umfeld. Wenn Familie und Freunde Entscheidungen mittragen und die Selbstsorge unterstützen, kann der Unsicherheit über den Verlauf der Erkrankung und über die berufliche Zukunft besser begegnet werden. Zugleich helfen ganz praktische Hilfestellungen im Alltag, wie die finanzielle Unterstützung bei der Weiterbildung (Claudio Osdorf) und Entlastungen bei den täglich anfallenden Arbeiten zu Hause (Hans Kirch). Eine weitere wichtige Ressource stellen kraftgebende Ankerpunkte im Leben dar wie Religion oder Hobbies. Auch persönliche Ressourcen wie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Dinge zu erreichen oder ein hoher Arbeitsethos sind Motivatoren auf dem Weg des Wiedereinstiegs. Die sinnstiftenden Aspekte von Erwerbsarbeit, wie Spaß an der Arbeit, die Anerkennung der Leistungen, Selbstverwirklichung durch den Beruf oder die Vergütung des Geleisteten stellen für die Rückkehr ins Arbeitsleben wichtige treibende Impulse dar.

Zusammengefasst sind es folgende Faktoren, die eine Rückkehr in das Arbeitsleben nach einer gesundheitlichen Krise begünstigen:

- stabile Gesundheit
- wichtige Position im Team/Unternehmen
- kraftgebende Ankerpunkte im privaten Leben
- sinnstiftende Aspekte der beruflichen Tätigkeit
- hohe Selbstwirksamkeit und/oder hoher Arbeitsethos
- soziale Unterstützung (am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld)
- angepasste tätigkeitsspezifische Rahmenbedingungen und Prozesse
- vertrauensvolle Unternehmenskultur

Nach der Betrachtung des Ergebnisses ‚Rückkehr an den Arbeitsplatz‘ wird der Blick nun auf die weiteren individuellen Erfolge, unabhängig vom Wiedereinstieg ins Berufsleben, gelenkt, da diese Aspekte einen großen Raum in den Erzählungen der Personen einnehmen. Bei der Betrachtung subjektiver Erfolge und deren Einflussfaktoren offenbart sich ein weitaus vielschichtigeres Bild, das eine Erfolgsmessung an ‚Return to Work‘ als nicht ausreichend für ein lebensweltliches und kontextuales Verstehen der individuellen Lage erscheinen lässt. Diese persönlichen Erfolge beziehen sich auf folgende Bereiche:

- Verbesserte Gesundheit
- Schritt aus der Leidensspirale
- Bewältigung neuer Herausforderungen

Die verbesserte Gesundheit ist ein sehr spürbarer Erfolg im Krankheitsverlauf. Nach einem derart einschneidenden gesundheitlichen und beruflichen Brucherleben ist die Wiedererlangung von Mobilität, die Verringerung der Schmerzen und die Stabilisierung des Gesundheitszustandes ein zentraler Motivator, um der beruflichen Zukunft positiv entgegenzusehen:

Sabine Fesser: „Ich merk jetzt schon das ist schon ein bisschen besser geworden insgesamt also. Ich habe jetzt auch Phasen schon so seit Monaten, Phasen, wo ich nicht mehr dran denk ans Knie. Also nicht mehr drauf achte. Die erste Zeit habe ich nur drauf geachtet und mich abgestützt oder einfach vom Kopf her also ans Knie gedacht und an meine Füße[...] und jetzt bin ich so, merk ich, ich lauf einfach drauf los und geh einfach auch mal die Treppe hoch und runter, Treppe hoch das habe ich vorher nicht gemacht. Und da bin ich ganz froh und da sehe ich auch das ist schon wieder ein Stück besser geworden. Das ist jetzt wirklich auch arbeitstechnisch, ich da wieder voll einsteigen kann.“ (t2, Z322-330)

In der Zusammenschau der bisherigen Ausführungen über den Ausstieg aus dem Arbeitsleben hin zur beruflichen Neuorientierung ist es ein großer Erfolg für die Personen, die Wirkfaktoren dieser Leidensspirale für sich erschlossen und den Schritt aus der Leidensspirale heraus geschafft zu haben. Sie bewerten es als positiv, einen Leitsatz und daraus abgeleitete Handlungsstrategien für sich entwickelt zu haben, dessen Umsetzung das Risiko eines erneuten gesundheitlichen Einbruchs minimieren soll. Ein wesentliches Merkmal der persönlichen Erfolgsmessung ist es, ob es gelungen ist, die Erkenntnisse und die daraus entwickelten Vorhaben in den beruflichen und privaten Alltag zu transferieren. Ein Erfolgsbeispiel ist Katharina Rieger, die im Arbeitsprozess mehr auf sich achtet und entgegen ihrer früheren Gewohnheiten (erstes folgendes Zitat), mit Unterstützung ihres Chefs, nun im Arbeitsalltag Pausen einlegt (zweites folgendes Zitat).

Katharina Rieger: „Man arbeitet den ganzen Tag. Macht ja meistens doch länger, macht keine Pausen. Das geht in dem Beruf auch nicht. [...] Man hat den Patienten auf dem Tisch. Man kann jetzt nicht sagen, so, ich lass das jetzt mal alles stecken, ich geh dann mal Mittagessen.“ (t1, Z33-36)

Katharina Rieger: „Also ich habe jetzt auch einen Arbeitsplatz [...] von meinem Chef bekommen für'n Computer, wo ich einfach auch einmal stehen kann und nicht nur sitze, dass ich da einfach den Wechsel hab oder, dass ich auch sag, in der Mittagspause: hör zu, ich muss mich hinlegen, gar kein Thema.“ (t2, Z190-194)

Ihr Beispiel steht zudem exemplarisch für den Erfolg, die eigenen Bedürfnisse stärker in den Fokus zu rücken und ihnen nachzukommen.

Katharina Rieger: „Ja wir gehen viel laufen jetzt, also wirklich, dass ich sag, ich geh auch raus. Ich mach weniger ich bin kürzergetreten. [...] dann habe ich auch noch Zeit für mich und für'n normales Leben. Und ich kann eben auch so Sachen machen wie, ich mach jetzt viel mit meiner Mama eben dann. Dass man einfach sagt, man trifft sich und geht spazieren und ja, einfach, dass ich für mich mal tu und nicht immer nur für andere.“ (t2, Z60-74)

Fallübergreifend berichten alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner von einer solchen krisen-initiierten Fokusverschiebung auf die eigenen Bedürfnisse. Dabei gelingt ihnen die Umsetzung der Vorsätze im privaten Alltag leichter als im beruflichen Kontext, da eine Anpassung der Arbeitsbedingungen und -prozesse in der Regel nicht nur den eigenen Einflüssen unterliegt und die Beziehung zur bzw. zum Vorgesetzten nicht immer tragfähig genug ist für eine vertrauensvolle Kommunikation, um individuelle Anpassungen im Arbeitsprozess zu initiieren. Die Anforderungen und Bedingungen haben sich mit der Rückkehr nicht geändert, werden aber durch die Betroffenen nun sehr bewusst wahrgenommen.

Peter Hain: „[...] und alles andere, was ich sonst gemacht hab, der Musterbau, na jetzt steh ich auch wieder zwei, zweieinhalb Stunden an der Drehmaschine. Ist ja an sich genau das, was ich wieder nicht mache sollte mit Zwangshaltung. Ja, ist im Moment niemand anders da. Meine Mitarbeiter in den Fertigungen da kämpfen wir grad mit fünfzig Prozent Krankenstand. Die Termine müssen aber trotzdem raus. Und ist ja im Prinzip eigentlich fast alles genau das, was ich nicht mehr machen sollte. Das mach ich halt jetzt wieder oder noch. Da hat sich also seit meinem Rücken nicht viel geändert. Ich habe jetzt ein klein bisserl mehr Freiheit, wenn da also wirklich, wenn ich sage, das Ding ist zu schwer, ich hol mal einen Kollegen, aber, wie gesagt bei achtzehn Kilo machen sie das noch nicht. Da beißt man lieber schon die Zähne zusammen und hebt das Ding rüber.“ (t2, Z76-86)

Nicht zu unterschätzen ist allerdings hier die eigene Rolle in dieser Konstellation, die sich mit der Aussage von Peter Hain in diesen Fragen fassen lassen: Nutzt man die „kleinen Freiheiten“ wirklich? Warum "beißt" man wieder „die Zähne zusammen“? In Grundzügen zeigt sich hier, dass die eigenen Verhaltensweisen nur langsam verändert werden können und unflexible Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz – „Man kann eine Bleischürze nicht umgestalten.“ (Katharina Rieger, t2, Z466) – sowie ein angespanntes Verhältnis zum Vorgesetzten zusätzlich als Hemmfaktoren wirken können. Unter einer anderen Fragestellung müsste dieses Phänomen gesondert betrachtet werden, um diese Wechselwirkungen besser zu verstehen.

Die erfolgreiche Bewältigung neuer Herausforderungen ist eine weitere persönliche Erfolgsdimension. Diese liegen in besonderer Weise bei Herrn Osdorf vor, den in seiner Umschulung als Bautechniker ein enormes Lernpensum erwartet und einen strikten Tagesablauf von ihm abverlangt. Dies stellt nicht nur einen Kontrast zu seiner jahrelangen theoriefernen Arbeitspraxis dar, sondern steht im Gegensatz zu seinem früheren Lernverhalten:

Claudio Osdorf: Mein Alltag im Prinzip: aufstehen, Schule, heimkommen lernen, kaum was essen und schlafen gehen und duschen, ja? [...] und grad früher, also noch, wo ich noch in der Ausbildung war, da bin ich ab und zu mal gar nicht zur Schule gegangen. War halt noch unreif im Kopf sag ich mal. Hab gelernt, wann ich will und jetzt würd ich schon sagen, ich hab mich um hundertachtzig dreihundertsech-dreihundertneunzig Grad gedreht und ja lernen, lernen, ja?“ (t2, Z58-68)

Insgesamt stellt die erforderliche Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit im Arbeitsalltag und im privaten Leben eine neue Herausforderung dar. Konkret muss die Gesundheit geschützt

werden und dem Umfeld Grenzen der Belastbarkeit aufgezeigt werden, was unterschiedlich schnell und erfolgreich gelingt.

Das fortgeschrittene Lebensalter als Handicap

In der Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft sind die Chancen und Grenzen auf dem Arbeitsmarkt wichtige Impulsgeber. In diesem Zusammenhang wird insbesondere von den älteren Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern das Lebensalter als begrenzender Faktor in der Gestaltung der verbleibenden Jahre im Erwerbsleben herangezogen. Diese Begrenzungen beziehen sich auf den Bereich der Umschulungen und auf allgemeine Chancen auf dem Arbeitsmarkt als ältere Beschäftigte.

Auf Basis von eigenen Erfahrungen und Erzählungen anderer wird ein höheres Lebensalter mit einer geringen Chance auf eine Umschulung und auf einen Arbeitsplatz verbunden. Es zeichnet sich tendenziell das Resümee bei den Befragten ab, dass eine Umschulung in dem Alter „nichts mehr bringt“. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass sich somit eine kostenintensive Umschulung für den Kostenträger nicht mehr lohnt.

Brigitte Schulz: „Am Freitag kommt jetzt der Rentenberater, wo wir uns dann zusammensetzen, wie’s weitergeht. Was er mir vorschlägt, was, ob die Rentenversicherung vielleicht eine Umschulung zahlt oder Kurse oder wie auch immer. Keine Ahnung, weil ich hab jetzt schon die Erfahrung gemacht und hab auch bei vielen schon erlebt [...] die wo schon in dem Alter waren, wie ich jetzt bin, ne? Die hat die Rentenversicherung komplett alles abgelehnt.“ (t1, Z437-443)

Hans Kirch: „Also denk ich mal kann, kann ich aufm Bauhof bleiben und wenn's nicht funktionieren würd, kann ich immer noch sagen, ich mach was Anderes, aber ich denk, ich hab jetzt ein Alter und noch eine Umschulung glaub ich, bringt nix mehr.“ (t1, Z295-297)

Peter Hain: „Ich guck immer noch, aber des können sie vergessen. Zeitung schon gar nicht, wenn das drin steht junges dynamisches Team, brauchen's in dem Alter, in der Altersklasse schon gar nimmer anfragen.“ (t2, Z19-21)

Diese Interviewauszüge verweisen auf ein Wechselspiel zwischen dem Alter und dem Arbeitsmarkt. Es wird beschrieben, wie das Alter durch eine zunehmend geringere körperliche und psychische Belastbarkeit berufsbiographische Grenzen setzt, aber auch, wie die Arbeitswelt den älteren Menschen Grenzen aufzeigt. Mit höherem Lebensalter kann ein beruflicher Neuanfang oder eine Umschulung bspw. eine psychische Belastung darstellen.

Brigitte Schulz: „[...] habe ich gesagt, mach ich keine Umschulung mehr. Also bis ich fertig bin, bin ich dreiundfünfzig vierundfünfzig, na das ist, das pack ich ja psychisch gar nicht mehr. Das ist also für mich, kommt das gar nicht in Frage.“ (t2, Z35-37)

Alter kann zu einer Hürde werden, wenn es darum geht, neue Abläufe und Technologien zu lernen:

Peter Hain: „Das hört sich alles so gut an, Firma stellt alte Arbeitskräfte an. Die Firma finden sie nicht. Die großen, Bosch so weiter, die machen's, aber, halt die eigenen. Das Fachwissen, wo's fehlt holen sie auf die Art wieder nach, in dem sie die Alten rekrutieren. Die lernen dann die Jungen an, dann haben sie das wieder das Know-how, was ohne verlorengegangen ist, aber Außenstehende, keine Chance, weil die müssten ja den kompletten Betriebsablauf erst mal lernen und das wieder im Alter. Das ist natürlich das nächste Handicap. Und die Palette ist ja mittlerweile so vielseitig, selbst im, selbst bei artverwandten Tätigkeiten, mit den neuen Technologien. Das lässt sich nicht so ohne weiteres eins zu eins übertragen.“ (t2, Z608-617)

In diesen Ausführungen verweist Peter Hain auch auf einen positiven Aspekt des höheren Alters. Durch den Weggang der älteren Belegschaft geht Fachwissen verloren, und einige Unternehmen rekrutieren ihre bereits pensionierten Beschäftigten, damit diese ihr Wissen an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen weitergeben können.

Geht ein höheres Lebensalter einher mit einer dauerhaften Behinderung, kann sich die prekäre Lage verschärfen, denn der Arbeitsmarkt scheint für diese Menschen keinen Platz zu haben. Brigitte Schulz formuliert dies sehr bildhaft:

Brigitte Schulz: „Keine Umschulung mehr in dem Alter. Bist zu alt. Bist aus der Schiene draußen. Wie jetzt zum Beispiel, wenn jetzt Behinderung hast oder es steht, besteht gar keine Aussicht, dass es besser könnt werden, ja dann, fällst dann hinten ab. Dann bleibt da gar keine andere Möglichkeit. Entweder du gehst in die Arbeitslosigkeit und beantragst später deine Erwerbsminderung.“ (t2, Z447-451)

Bei Betrachtung der beiden jüngeren Personen, Frau Rieger (30) und Herr Osdorf (25), findet sich ein ausgeprägtes Gegenkonstrukt zum hohen Lebensalter: ein junges Lebensalter eröffnet die berufliche Zukunft. Beide haben das Ziel, auf Basis ihrer bisherigen Erfahrungen und Qualifikationen die beruflichen Wege weiter zu gestalten und blicken optimistisch in ihre berufliche Zukunft (vgl. Kapitel 4.3.2.4).

Auf ein besonderes Phänomen soll abschließend noch verwiesen werden, das zwar einen Einzelfall darstellt, aber dennoch im Zusammenhang mit der Thematik dieser Arbeit von Bedeutung erscheint. Frau Schulz muss sich mit der Paradoxie auseinandersetzen, dass sie einerseits wieder arbeiten gehen „soll“, was aber mit ihrem erkrankten Knie derzeit nicht möglich ist. Gleichzeitig ist sie nach Aussagen ihres Orthopäden aus medizinischer Sicht mit Anfang 50 noch zu jung für ein künstliches Kniegelenk. Je länger sie jedoch wartet, desto älter wird sie und die Chancen, wieder Arbeit zu finden, sinken damit zunehmend.

Brigitte Schulz: „Ich hab zum Orthopäden gesagt, wenn er im letzten Jahr schon irgendwas gemacht hätte, [...] dann hätt ich die Maßnahme jetzt können schon ausführen. Also aber da kommt immer das Thema, ich bin zu jung dafür. [...] Also ich sehe darin keine Logik. Aber auf einer Seite soll ich schaffen gehen. Auf der anderen Seite kann ich nicht, weil ich auf der dieser Seite behindert bin. Also da sehe ich die Logik nicht drin. Also beim jungen Menschen ist doch das, wenn man das jetzt macht besser, wie wenn ich beim alten Menschen. [...] Also wer weiß, ob ich das noch erlebe, ob ich ein neues krieg. Also beim alten Mensch besteht's Risiko, der kriegst's eingesetzt und stirbt zwei Jahre später. [...] Aber ich hab jetzt noch etwas davon. [...] Ja, wenn sie fünf-

undfünfzig sind, habe ich gesagt, soll ich noch vielleicht noch fünf Jahre damit rumlaufen, also da brauch ich auch nicht mehr daran zu denken, ins Berufsleben zu gehen. Läuft die Uhr für mich ab. Also wer nimmt mich noch mit fünfundfünfzig sechsfundfünfzig siebenundfünfzig? Kein Mensch.“ (t2, Z239-258)

Schlüsselinstitutionen im Prozess der beruflichen Neuorientierung

In den vorangegangenen Ausführungen wurde vielfach auf die medizinischen und rehabilitativen Versorgungsinstitutionen und deren Akteure verwiesen, die für die Betroffenen zentrale Stationen im Krankheitsverlauf und während der beruflichen Neuorientierungsprozesse darstellen und noch immer darstellen. Dies sind u. a.:

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus
- Ärztinnen, Ärzte, Sozialarbeiterin, Fachpersonal aus dem psychologischen und physiotherapeutischen Dienst
- andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Rehabilitationsklinik sowie
- Reha-Beraterinnen und Reha-Berater der Rentenversicherung

Im Prozess des Krankheitsverlaufs beginnt die Wendung der zurückliegenden Leidensspirale mit dem Aufsuchen einer Ärztin bzw. eines Arztes, die durch Diagnosestellung, Krankschreibung und auch durch die Beantragung einer Rehabilitation den gesundheitlichen Leidensprozess objektivieren. Es zeichnen sich zwei Anlässe der Inanspruchnahme ab: die Haus- oder Fachärztin bzw. der Haus- oder Facharzt wird regelmäßig bei anhaltenden Beschwerden aufgesucht oder nur im Notfall kontaktiert.

Interviewerin: Und haben Sie die Reha von sich aus beantragt oder wer hat-

Katharina Rieger: Nee, mein Arzt. Also ich bin hin eben, weil ich Rückenschmerzen hatte und physisch auch, also ich war einfach völlig – ich habe nur noch, ich habe nur noch geheult. [...] Von mir aus wär ich auch nicht zum Arzt. Meine Freundin hat mich hingesteckt. [...] Ich wär nicht zum Arzt gegangen. Ich hätte wahrscheinlich so lang gewartet bis ich, ja? Der hat dann gesagt, ich sollte – und dann natürlich auch meine Freunde, Familie, die einfach gesagt haben, du musst, du musst raus aus dem, weil ich daheim, ich wär wieder arbeiten gegangen. Ich hat auch immer wieder zwischendurch den Rückfall und hab gesagt, ich geh jetzt wieder arbeiten.“ (t1, Z106-119)

In den Erfahrungen mit dem akutmedizinischen Versorgungssystem spiegelt sich wider, dass akute gesundheitliche Probleme in der Regel schnell und zufriedenstellend behandelt wurden. Eine erfolgreiche Akutbehandlung (z. B. eine Operation) wird als Grundlage für einen komplikationslosen und schnellen Heilungsprozess gesehen.

Sabine Fesser: Und hier [in der Rehaklinik, Anm. S.B.] ist es eher so, dass ich denk, mir geht's eigentlich recht gut. [...] Im Vergleich zu andern, genau. Auch was das Kreuzband angeht, ne? Die gleiche Geschichte haben andere Patienten und bei denen läuft's ziemlich kompliziert, weil nicht ordentlich operiert wurde. Ist bei mir eben nicht.“ (t1, Z153-1660)

Die Haus-oder Fachärztin bzw. der Haus- oder Facharzt bildet nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik die Schnittstelle zwischen der zurückliegenden Behandlungskette und den weite-

ren Nachsorgebehandlungen in Form von Nachkontrollen und Verordnungen von Therapien, u. a. auf Basis von Nachsorge-Empfehlungen im Reha-Entlassungsbericht. In der Regel wird davon berichtet, dass auf eigenen Wunsch bei der Verordnung, z. B. von Physiotherapie, keinerlei Probleme bestehen und darüber informiert wird, dass die Krankenkasse einen Teil der Kosten des Reha-Sports trägt. Peter Hain macht nach seiner Rehabilitation mit seinem weiterbehandelnden Arzt andere Erfahrungen:

Peter Hain: „Wie gesagt das andere Paket was die [in der Rehaklinik, Anm. S.B.] noch empfohlen haben, Physiotherapie, Wassergymnastik und so weiter das wurde alles nicht fortgesetzt. Das hat ja der Arzt rigoros abgeblockt. Hat er gesagt, hält er alles qua- hält er nix davon. Braucht man nicht. Muss nicht sein.“ (t2, Z138-141)

Die Rehabilitationsklinik ist die nächste zentrale Station im Verlauf des gesundheitlichen Stabilisierungsprozesses. Der Zugang in diese Einrichtung unterliegt diversen Voraussetzungen und administrativen Verfahren, die sich aus der Perspektive der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner im Hintergrund abspielen. Auf Basis eines Antrags, der entweder vom niedergelassenen Arzt selbst oder vom Sozialdienst des Krankenhauses gestellt wird, geht zeitnah der Bescheid über die Zusage ein (Katharina Rieger, t1, Z98f).

Im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation werden unterschiedliche Aspekte angesprochen, die auf eine bedeutende Funktion dieser Phase im Leben der Betroffenen verweisen:

- Auszeit aus der Leidensspirale,
- Verbesserung komplexer somatischer, psychischer und psychosomatischer Gesundheitsprobleme und
- Weichenstellung für die Rückkehr in das Alltags- und Arbeitsleben.

Die Rehabilitation wird allgemein als ein Raum beschrieben, in dem man Zeit für sich hat, wieder langsam Aktivitäten aufbaut, aber auch Pausen einlegen kann. Hier findet eine „Entstresung“ (Katharina Rieger, t2, Z656) des Alltags statt. Die zwischenmenschlichen Kontakte mit den professionellen Akteuren der Klinik als auch mit anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als „Gleichgesinnte“ (Sabine Fesser, t1, Z145) werden als sehr hilfreich beschrieben. Alle Gespräche und Behandlungen führen zu einer unweigerlichen Konzentration auf sich selbst sowie auf den körperlichen und psychischen Heilungsprozess, und es werden Veränderungsansätze initiiert.

Brigitte Schulz: „[...] von der jetzigen Reha also bin ich jetzt auch positiv an und für sich und mit den Therapeuten bin ich auch sehr zufrieden. Auch die psychologischen Gespräche, also es gibt immer wieder Perspektiven wo da oben, wo der Schalter rumgeht, ne? Wo dann sonst, es hätt brauchen nicht so weit kommen, wenn man so zuhört, ne? So wie der Psychologe auch gesagt hat, man muss sich, man kann sich auch wehren im Betrieb.“ (t1, Z494-498)

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Hans Kirch, der in der Nähe der Rehabilitationsklinik wohnt und ambulanter Patient ist, formuliert eine wesentliche Bedingung, damit dies gelingen kann:

Hans Kirch: „Wenn ich heimkomme und ich sehe die Jungs, die haben schon alles gemacht oder vorgerichtet [...] Ich brauch da gar nix mehr sagen oder, das läuft. Sonst könnt man sich glaub ich so eine Heilung auch gar nicht vorstellen?“ (t1, Z497-503)

Über die Zeit in der Klinik wird fallübergreifend berichtet, dass sich die Schmerzen und körperlichen Einschränkungen eindeutig gebessert haben. Durch die Therapien und Anwendungen werden schnell Fortschritte erkennbar und spürbar; dies aber unter der Voraussetzung, dass die Gesundheit soweit wiederhergestellt ist, um diese Maßnahmen wahrnehmen zu können.

Brigitte Schulz: „Die Reha hätt nicht viel gebracht, weil ich k- nicht sämtliche Maßnahmen machen konnte. [...] Also ich war ziemlich eingeschränkt. Also viel konnte ich's net mitmachen [...] Schwimmen konnte ich auch nicht. Das Wasser war zu warm. Was sie halt gemacht haben war Lymphdrainage und ein bisschen Gerätesport, aber so mit dem Knie wirklich konnte ich nicht viel machen.“ (t2, Z677-688)

Die Erfolgserfahrungen während der Rehabilitationsmaßnahme dienen als maßgeblicher Motivator, diese auch im nachfolgenden Alltag aufrechtzuhalten. Während der Rehabilitation wurde intensiv und innerhalb kurzer Zeit erlebt, wie förderlich entsprechende Aktivitäten sein können und wie bedeutend deren eigenständige Weiterführung im Alltag sein kann.

Sabine Fesser: „Ja ich mach die Sportreha erst noch mal vier Wochen und natürlich viele Gymnastikübungen, die in die sie mir mitgegeben haben die Therapeuten, was ich zu Hause selbst in meinen eigenen vier Wänden machen kann. [...] und was mir auch sehr gutgetan hat, was ich vorher nicht kannte dieses, Entspannung, Schmerz und Entspannungstherapie. [...] Erst war ich da erst so ein bisschen skeptisch und dachte das funktioniert nicht, aber das hat mir, das hat mir wirklich geholfen, dass man sich das vornimmt darauf konzentriert und bewusst entspannt. Das also sind schon zwei drei markante Dinge, die ich mitnehme.“ (t1, 192-203)

Neben den sehr positiven Aspekten zeichnen sich in Bezug auf die Rehabilitationsphase durch die Schilderungen des befragten Personenkreises aber auch kritische Bereiche ab:

- Der Reha-Raum wird einerseits als schützend beschrieben, aber auch als ein abgeschlossener Ort.
- Es besteht die Schwierigkeit, das Gelernte aus der Reha in den Alltag zu transferieren.
- Die Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit, die berufliche Praxis zu hinterfragen und ggf. zu ändern, wird als intensive Krise im Reha-Prozess erlebt.

Der Reha-Raum wird als abgeschlossene Einheit beschrieben, in der nur wenig Kontakt nach außen möglich ist und sich gerade durch diesen Abstand die Chance eröffnet, wieder ohne äußere Ablenkung und Anforderungen Veränderungen im eigenen Leben zu initiieren. Im Kontext der als Krise erlebten Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft erweist sich gerade dieser Abstand als hinderlich, um sich im Kreise des vertrauten Umfelds emotionale Unterstützung zu suchen, sich zu beraten und weiterführende Informationen zu recherchieren.

Katharina Rieger: „Im Moment bin ich [...] völlig ratlos weil, ich eigentlich gar nicht weiß auch, was für Möglichkeiten ich hab. Es wär jetzt gut gewesen, hätt ich ein Ding gekriegt wo es heißt, hier das können Sie sich jetzt mal angucken und setzen Sie sich. Ich hab aber gar nichts auf der Hand und das ist so ein bisschen sitzt man hier so, ich hab keine Ahnung, man ist ja hier gefangen. Ich komm ja jetzt auch nicht nach Hause und kann sagen, hey ich muss jetzt mit irgendjemandem reden und hilf mir wie geht's weiter.“ (t1, Z397-405)

Fast alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner führen auf, dass sie versuchen werden, die Dinge, die sie während der Rehabilitationsmaßnahme gelernt haben, auch zu Hause weiterzuführen. In erster Linie sind dies konkret Anleitungen für Rücken- und Entspannungsübungen. Die Rehabilitation ist zudem ein Wendepunkt in Bezug auf das eigene Verhalten und die eigenen Einstellungen; die Rehabilitationsklinik ist ein Lernort zur Selbsterkenntnis (vgl. 4.3.1.1). Allerdings zeigt sich erst wieder im Alltag, ob die Vorsätze und Veränderungsansätze umsetzbar sind und welche Hürden dabei zu nehmen sind (vgl. Kapitel 4.3.2.3).

Die Rückkehr in das Alltags- und Arbeitsleben wird im Wesentlichen durch das Gespräch mit der Sozialarbeiterin initiiert und markiert eine Krise im Rehabilitationsprozess. Der arbeitsplatzbezogene rote Faden im Rehabilitationsprozess zeigt sich zwar auch an anderen Stellen während dieser Zeit, bspw. im Arztgespräch oder im Rahmen der Therapien (z. B. Muskelaufbautraining für die körperliche Arbeit oder psychologische Beratung für den Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz), aber am intensivsten wird das Thema im Gespräch über ‚Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben‘ mit der Sozialarbeiterin wahrgenommen. Dieses Gespräch ist aus professioneller Sicht ein wesentlicher Bestandteil einer arbeitsplatzbezogenen Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation, doch für die Betroffenen wird diese Station im Therapieprozess als krisenhaft erlebt. Grund hierfür ist die Konfrontation mit einer bisher nicht ausgesprochenen Zukunft nach Ende der Rehabilitation – einer drastischen beruflichen Wende. Stand bisher die Gesundheit im Fokus, richtet sich dieses Gespräch nun auf die Möglichkeit, nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Dieses Szenario bettet sich in einen Gesprächsverlauf ein, der als Empfehlung und Anregung charakterisiert und auch größtenteils in diesem Sinne verstanden wird. Dennoch löst auch diese Intention, sich zunächst nur gedanklich damit auseinanderzusetzen und die Entscheidungsfreiheit über weitere Schritte zu haben, eine große Unsicherheit und Betroffenheit aus. Real wird diese Situation zusätzlich dadurch, dass ein Formular ausgefüllt wurde, der sogenannte Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dieser Antrag ist Voraussetzung für das Gespräch mit der Reha-Beraterin oder dem Reha-Berater der Rentenversicherung.

Katharina Rieger: „[...] und der sitzt dann wohl mit der Frau H. [Sozialarbeiterin der Klinik, Anm. S.B.] und dem Dr. K. [Orthopäde der Klinik, Anm. S.B.] und dann wird wohl über diesen, ich hab so'n Bogen ausfüllen müssen und da wird dann wohl drüber gesprochen. Ja die fragen auch was für Vorstellungen ich von, also für - wie mir die DRV helfen kann, das weiß ich nicht, keine

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Ahnung [...] woher soll ich das wissen. Das ist einfach, ich hab mich damit nie auseinandersetzen müssen. Ich bin dreißig, also.“ (t1, 523-531)

Von diesem Termin, der noch in der Rehabilitationsklinik stattfindet, wird ein Austausch über Vorstellungen und Möglichkeiten der Rentenversicherung, ob bspw. eine Umschulung bezahlt werden kann, erwartet. Die Beraterin oder der Berater tritt zu diesem Zeitpunkt als Vertretung der Rentenversicherung auf, eine Institution, mit der die Betroffenen bisher nur selten in Berührung kamen und wenn, dann auf unpersönlicher Ebene (z. B. Bewilligung eines Reha-Antrags) blieben. Auf die Frage nach den Inhalten des Gesprächs in der Klinik zum zweiten Interview konnte darüber nur wenig berichtet werden. Konkreter konnte hingegen einige Zeit nach Entlassung aus der Klinik die Unterhaltung mit der Reha-Beraterin oder dem Reha-Berater in der Rentenversicherung rekonstruiert werden. Aus diesen Schilderungen wurde zum einen das Verhältnis zwischen den Akteuren der Triade ‚Rentenversicherung – Reha-Beratung – Person‘ (hier: die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner) herausgearbeitet. Abbildung 31 stellt dieses Verhältnis symbolhaft anhand von Interviewauszügen dar.

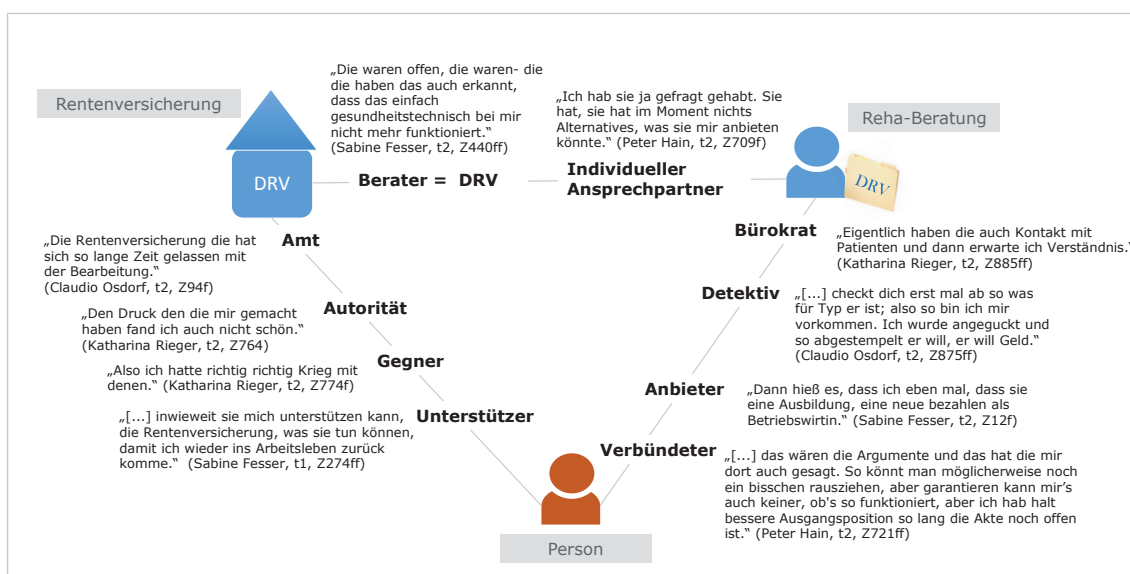


Abbildung 31: Verhältnis zwischen Versicherten, Reha-Beratung und der Rentenversicherung

Das Verhältnis zwischen der Person, der Reha-Beratung und der Rentenversicherung ist durch Gegensätze gekennzeichnet. Einerseits werden die Institutionen der Rentenversicherung und der Reha-Beratung als Unterstützung und andererseits als Gegner im Prozess der beruflichen Neuorientierung verstanden und erlebt. Unterstützung durch die Reha-Beraterin oder den Reha-Berater erfahren die Betroffenen in Form konkreter Umschulungsangebote, durch eine anteilige Zahlung von Hilfsmitteln (z. B. für den ergonomischen Baggersitz), aber auch durch das per-

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

sönliche Verständnis der gesundheitlichen Problematik, einer unbürokratischen Vorgehensweise und realistischen Einschätzung der Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt.

Peter Hain: „Ich hab sie ja gefragt gehabt. Sie hat, sie hat im Moment nichts Alternatives, was sie mir anbieten könnte. Deshalb konnten wir's ja abkürzen telefonisch, weil die wesentlichen Punkte konnten wir am Telefon abklären. Da hab ich gesagt, sie hat sie hat nix anzubieten. Hab ich gesagt, ich hab parallel bei mir geguckt. Ich hab auch nix Passendes. Hat se gesagt, können wir's bloß offen stehen lassen und wir gucken einfach einmal weiter.“ (t2, Z709-714)

Dieses Beispiel steht stellvertretend für die allgemein als positiv beschriebenen Gesprächsergebnisse¹²³. Demgegenüber stehen die Erfahrungen von Frau Rieger und Herrn Osdorf. Frau Rieger ist grundsätzlich unzufrieden mit dem Verlauf dieser Begegnungen. Sie erfuhr bspw. keine Rücksichtnahme bei der Terminvergabe:

Katharina Rieger: „War auch ganz schön schwierig da einen Termin zu kriegen mit den, weil die haben, sind irgendwie der Meinung so alle müssen zu Hause sitzen und müssen jederzeit können. Ich hab gesagt, ich bin mitten da drin in dem Beruf, und ich schmeiß das nicht einfach weg.“ (t2, Z5-8)

Nach diesem kritischen Einstieg beschreibt sie das Gespräch als „gut“ (t2, Z478), der Aufwand in Relation zum Ergebnis war für sie allerdings zu hoch:

Katharina Rieger: „Die hätten mir genauso gut das in Umschlag stecken können und sagen können, so Hygienefachkraft ist eine Möglichkeit, Diabetesschulung wär eine Möglichkeit oder, aber das weiß ich alles selber, in welche Richtung ich mich weiter entwickeln könnte.“ (t2, Z852-855)

Für Claudio Osdorf endete das Entscheidungsverfahren über die Zahlung seiner selbst gewählten Umschulung durch die Rentenversicherung mit einer Ablehnung. Mehrfach erfährt er in diesem Verlauf die Macht des Amtes und persönliche Kränkungen.

Claudio Osdorf: „Normal hat's geheißen nach meiner Kur, dass ich dort sofort hinkomme nach B. [zum Test in ein Berufsförderungswerk, Anm. S.B.], aber die Rentenversicherung, die hat sich so lang Zeit gelassen Bearbeitung, keine Ahnung, Ämter halt. Und dass es dann geheißen hat so, das beginnt jetzt. Und in dem Moment hat genau meine Bautechnikschule begonnen. Genau an dem Tag. Und dann hab ich erst mal klar zwei Wochen gefehlt in der Schule und hab halt das dann dort absolviert und dann war ich halt auch irgendwann dann stinkig, weil, ich hab's dann nicht bezahlt bekommen. Klar, ich war unter den Punkten und durfte dann in der Schule noch zwei Wochen nachholen, ja? Bis ich mir halt dann gesagt hab, Arsch lecke, ich zieh mein eigenes Ding durch und zahl's halt selber. Also ich hab mich dann nicht irgendwie beeinflussen lassen durch so Test, ja? Wo's jetzt heißt, sie also auf gut Deutsch gesagt, bin ich vom geistig- von meinem Kopf her, könnt ich das nicht schaffen, also laut [...] Test.“ (t2, Z93-109)

In der zuvor dargestellten Abbildung zum Verhältnis zwischen den einzelnen Akteuren wird zudem erkennbar, dass die Reha-Beraterin oder den Reha-Berater nicht immer als individuelle Ansprechpartnerin bzw. individueller Ansprechpartner wahrgenommen wird, sondern mit der

¹²³ Insgesamt kann nur sehr wenig über den Gesprächsverlauf gesagt werden, z. B. ob ein Ausloten von Interessen und Möglichkeiten stattfand, da dieser Aspekt in den Interviews nicht zum Gegenstand gemacht wurde.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Institution der Rentenversicherung verschmilzt. Alle persönlichen Erfahrungen, auch der telefonische Erstkontakt, sind Erfahrungen mit der Institution. Tendenziell lässt sich feststellen, dass in den Interviews negative Erfahrungen auf der Beziehungsebene präsenter als die vermittelten Informationen auf der Sachebene sind.

In allen Fällen formt sich ein Bild der Rentenversicherung als Amt, hinter dessen Mauern, Entscheidungen über Rehabilitationsanträge, Umschulungen und Rentenanträge getroffen werden, die sich nicht immer erschließen und als gerecht empfunden werden.

Brigitte Schulz: „Wenn einer gesundheitlich so angeschlagen ist, warum warum gibt man ihm das [Erwerbsminderungsrente, Anm. S.B] nicht. Woanders schmeißt der auch das Geld raus und zwar sinnlos, andere wo's nicht brauchen, ja? Das ist das, was ich nicht versteh. Die holen so viele aus der Rentenkasse raus was, wo's sinnlos ist, sag ich mal. Einer, wo's jahrelang geschafft hat [...] und ist dann gesundheitlich angeschlagen, da soll die doch das geben, was ihm zusteht, aber dann – im Gegensatz, da musst du noch kämpfen. Da kannst kommen hätt's Kopf unterm Arm, kriegst nix. Das ist das, was ich nicht verstehe.“ (t2, Z755-762)

Claudio Osdorf: „Also so wie man's also in der Werbung sieht, wir helfen Ihnen, also Rentenversicherung. Also ich halt gar nix mehr davon, ja?“ (t2, Z634f)

Neben dieses Machtverhältnis tritt die Selbstbestimmung über die gefällten Entscheidungen des Amtes: Herr Osdorf entscheidet für sich, dass der Test keine Bedeutung in seinem Vorhaben einer Weiterbildung hat und beginnt die Umschulung auf eigene Kosten und andere wie z. B. Frau Fesser und Frau Schulz lehnen das Angebot einer Umschulung ab und treffen dabei auf Verständnis.

Interviewerin: „Und wie hat die Rentenversicherung reagiert als Sie sagten die Umschulung ist doch nichts so für Sie?“

Sabine Fesser: „[...] Die waren gleich eigentlich einverstanden. Das liegt jetzt eigentlich eher an mir. Also ich glaub, wenn ich gesagt hätte ja, ich pack meine Koffer und dieses Jahr im März April ab nach Thüringen oder nach R.stadt [...] also die waren offen. Die waren, die haben das auch erkannt, dass das einfach gesundheitstechnisch bei mir nicht mehr funktioniert als Hauswirtschaftlerin, Altenpflegerin, weil da muss man laufen. Das geht gar nicht mehr.“ (t2, Z432-442)

Damit relativiert sich dieses Machtverhältnis hin zu einer Position der Betroffenen zwischen Abhängigkeit und Selbstbestimmung; zwischen der Bewilligung einer Umschulung durch die Institution und der Entscheidung dafür oder dagegen.

Mit Blick auf die Versorgungsleistung der Rente, tritt die Rentenversicherung erneut in Erscheinung und das Versorgungsamt kommt als Instanz zur Bewilligung eines Schwerbehindertenausweises in Versorgungskette neu hinzu (vgl. Kapitel 4.3.2.4).

4.3.2.3 *Gesundheit und Gesundheitshandeln*

„Der Eimer wird nur noch halb voll gemacht.“¹²⁴

In den vorangegangenen Ausführungen über die Arbeitswelten (vgl. Kapitel 4.1.2) stellte sich dar, dass die eigene Gesundheit, insbesondere in jungen Lebensjahren, eine untergeordnete Rolle spielte. Das Schlüsselerlebnis und die prognostizierte dauerhaft bestehende Gesundheitsproblematik führten bei den Betroffenen zu einer stärkeren Bedeutung der eigenen Gesundheit. Insbesondere im zweiten Interview wird dieser Perspektivwechsel von ‚Arbeit oder Gesundheit‘ hin zu ‚Arbeit und Gesundheit‘ deutlich.

Die Merkmale dieser gesundheitsbezogenen Bedeutungsverlagerung sowie daraus abgeleitete Strategien des Gesundheitshandelns und Grenzen in deren Umsetzung im Alltag werden im Folgenden dargestellt.

Eine neue Bedeutung von Gesundheit

Der Stellenwert von Gesundheit hat sich im Vergleich zurzeit vor dem Schlüsselerlebnis insofern verändert, dass nun bewusst über deren Bedeutung nachgedacht wird. Im Rückblick auf die Krankheitsepisoden und deren Bedingungsfaktoren wird das eigene Verhalten kritisch hinterfragt. Es wird bereut, nicht zu einem früheren Zeitpunkt konsequenter auf sich geachtet zu haben.

Interviewerin „Was bedeutet Gesundheit für Sie?

Brigitte Schulz: „Am Anfang hätt's mir nicht viel bedeutet, was aber jetzt in den letzten Jahren immer mehr zur Bedeutung wird. [...] wenn ich's nochmal zu tun hätte, so tät ich's auf jeden Fall nicht mehr machen. Ich war ja am Anfang so, ich hab mich daheim auch nicht mehr wohl gefühlt, ich hab war ständig mit dem Kopf im Geschäft, ich hab kein, im Urlaub oder so, [...] ich hab immer müssen anrufen, wie läuft's im Geschäft [...] Das war schon ein richtiger Drang. [...] Das war schon nicht mehr normal, aber ich hab gesagt, ich tät's nicht mehr machen. Auf keinen Fall, aber es muss immer so weit kommen, bis man dann mal eine Einsicht sieht.“ (t2, Z512-522)

Gesundheit wird verstärkt als Ressource im privaten und beruflichen Leben wahrgenommen, d. h. als Voraussetzung angesehen, um weiterhin arbeiten zu können und aktiv zu sein. Es wird sich zum Ziel gesetzt, die eigene Gesundheit nicht mehr der Arbeit unterzuordnen, sondern möglichst umfassend die Bedingungen des Arbeitsplatzes und private Verpflichtungen an der Gesundheit auszurichten. An folgenden Interviewpassagen zeigt sich besonders deutlich, dass es nun darum geht, die eigene Gesundheit zu erhalten und zu schützen. Herr Hain hat sein Arbeitspensum reduziert und hat aus diesem Grund Konflikte mit seinem Chef.

¹²⁴ Hans Kirch, t2, Z34f

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Interviewerin: „Und wie hat sich so Ihr Verhältnis zu Ihrer eigenen Gesundheit jetzt geändert, wenn Sie einfach mal so zurückblicken auf Ihr langes Berufsleben so?

Peter Hain: Gut sag mal so, das ist ein, sag ich mal ein Streitpunkt mit meinem Chef. Weil ich mittlerweile den Standpunkt habe, auf Grund dieser Erfahrung habe ich gesagt, irgendwann liegst halt mal im Bett und da geht gar nix mehr. Da sag ich jetzt, bleibt halt mal viel mehr liegen. Das sieht er zwar gar nicht so arg gern, da vergeht fast keine Woche in der wir, der wir irgendwas diskutieren [...] aber das jetzt die Einstellung, die ich jetzt habe, weil das muss er, das ist meine Gesundheit. Ich muss jetzt auch gucken, wo ich bleib. Das Rentenalter will ich noch irgendwie erreichen, so dass ich noch irgendwie auf zwei Füßen durch die Gegend laufen kann.“ (t2, Z254-275)

Katharina Rieger spricht ein ähnliches Thema an, in dem sie deutlich macht, dass die Rücksichtnahme auf die Gesundheit im Arbeitsalltag langfristig gesehen eine Investition in die eigene Zukunft darstellen kann.

Interviewerin: „[...] was würden Sie sagen so nachdem was so passiert ist, auch gesundheitlich, hat sich Ihr Blick verändert auf Arbeit und Gesundheit?

Katharina Rieger: Ja mit ges- Gesundheit absolut vor, also ich bin nicht mehr so wie jetzt, dass ich sag, ja ich geht jetzt arbeiten ich ist, ist egal ob's weh tut und nimm einfach zwei drei Tabletten mehr. Das mach ich nicht mehr. Also da muss ich echt sagen, dass ich auch zum, dann einfach sag, mir geht's nicht gut und möchte es nicht, und ich kann es auch nicht. Das ist ja nicht, dass ich sag ich verweigere die Arbeit, sondern dass ich auf mich guck, weil ich möcht gern noch ein paar Jahre älter werden und es bringt mir nix. [...] Ich hab davon nichts. Ich hab davon wirklich nichts, wenn ich sag, ich arbeite, bis mir alles weh tut.“ (t2, Z414-424)

Frau Fesser, die sich noch in der beruflichen Orientierungsphase befindet, sucht eine Arbeit, die mit ihren Beinen und Füßen zusammenpasst, denn beides benötigt sie für ihren Job und für ihre privaten Verpflichtungen (t2, Z313ff).

Sabine Fesser: „Es bringt mir ja nix, wenn ich das jetzt ignoriere. Im Vierteljahr, halben Jahr bin ich wieder an der gleichen Stelle und das ist ein Teufelskreis. Also, ich muss es, ich muss es berücksichtigen und mit einbeziehen sogar, zu achtzig Prozent von hundert [...] weil ich will nicht vom Regen in die Traufe kommen. [...] Klar, Altenpflegerinjobs gibt's, das gibt's wie Sand am Meer und da hätt ich schon längst wieder was, aber denn power ich wieder und dann ist schon nach einem halben Jahr muss ich sagen, Leute ich kann nicht mehr. Also ich muss ich muss einfach das mit einbeziehen. Das ist einfach facto. Das ist bei mir auch chronisch.“ (t2, 486-494)

Die Sorge um die Gesundheit steht fallübergreifend auch ca. ein Jahr nach Entlassung im Mittelpunkt der beruflichen Situationsbeschreibung. Der befragte Personenkreis rechnet unweigerlich mit der Rückkehr der Beschwerden im Berufsalltag, und z. T. hat sich diese Erwartung bereits bestätigt. Einer der Gründe liegt in der Erkrankung selbst, die nicht geheilt wurde, sondern wo sich lediglich ein temporärer symptomfreier Zustand eingestellt hat. Ein weiterer Grund findet sich in den weiterhin bestehenden belastenden Tätigkeiten, die sich nur begrenzt verändern lassen, wodurch die Beschwerden wieder auftreten können.

Interviewerin: „Und wie geht's Ihrem Rücken jetzt, Sie hatten ja angedeutet, dass es wieder anfängt?

Peter Hain: Es fängt, fängt jetzt wieder an. Es kommt jetzt wieder verstärkt, ich mein natürlich wie gesagt es heute, heute war's wieder extrem mit der Drehmaschine. Das merk ich dann abends natürlich schon gravierend und ist also, wenn ich abends heim komm, bin ich ein Spiegel von der Arbeit. Hat ich einen ausgewogenen Tag, also das heißt von allem ein bisschen, geht's relativ gut. Hab ich irgendeins wieder zu, wieder zu viel, das kommt sofort. Strafe folgt auf dem Fuß.“ (t2, Z125-133)

Treten die Beschwerden wieder auf, werden sie als Warnsignal verstanden und als Ausdruck einer bestehenden Risikokonstellation gedeutet. Dies ist anders als früher, als diese Symptome unterdrückt und kompensiert wurden, was auf eine erhöhte Sensibilisierung für diese Konstellationen hindeutet (vgl. Kapitel 4.2.2.2). Welche Handlungen im Umgangs mit der eigenen Gesundheit daraus abgeleitet werden, wird im Folgenden beleuchtet.

Strategien des Gesundheitshandelns

Ausgehend von dem erhöhten Stellenwert der eigenen Gesundheit und in Anbindung an den neuen Leitsatz lassen sich unterschiedliche Strategien des Gesundheitshandelns ermitteln, die sich in die Kategorien „Schutz“, „Stärkung“ und „Regeneration“ gruppieren lassen. Dahinter liegen Handlungen und Verhaltensweisen, die bewusst auf den Erhalt der eigenen Gesundheit oder die Vermeidung von gesundheitlichen Problemen ausgerichtet sind. Rahmung dieser Strategien und Voraussetzung ihres Transfers auf der Handlungsebene ist ein bewussterer Umgang mit sich selbst. Abbildung 32 veranschaulicht die drei Gruppen anhand von Interviewparaphrasen.



Abbildung 32: Strategien des Gesundheitshandelns

In dieser Zusammenschau der unterschiedlichen Handlungsfelder wird deutlich, dass der Schutz der Gesundheit einen hohen Stellenwert erfährt. Die hier angeführten Handlungen zielen auf eine Reduktion von physischen und psychischen Belastungen. Dabei gibt es nach außen gerichtete Handlungen, z. B. weniger Gewichte heben oder Grenzen kommunizieren, und nach innen gerichtete Handlungen, z. B. mehr auf die eigenen Bedürfnisse achten und sich entstressen. In der Kategorie der Stärkung finden sich diverse sportliche Aktivitäten, die auch im Bereich der Regeneration verortet sind. Sie stehen hier aber im Zusammenhang mit der Erholung und der Schaffung von Freiräumen für eigene Aktivitäten oder für Familie und Freunde. Dahinter steht aber auch, sich im Berufsalltag durch abwechselnde Tätigkeiten zu entlasten, um zu verhindern, dass bspw. Schmerzen erneut auftreten.

In allen drei Bereichen des Gesundheitshandelns erweist sich Zeit als eine Schlüsselkomponente. Im Hinblick auf die Schutzstrategien findet eine Entschleunigung der Aktivitäten statt.

Als Beispiel hierfür steht Hans Kirch, der erläutert, wie er im Vergleich zu früher anders auf seine Gesundheit achtet, in dem er seine Zeit besser einteilt.

Hans Kirch: „Der Eimer wird nur noch halb vollgemacht. Ich trag keine vollen Eimer mehr. Das, das mach ich nicht, dann lass ich stehen oder, wenn nicht, dann nehme ich halt einen kleineren. [...] Auch, wenn länger es geht, also das ist, ist einiges anders muss ich sagen. Zeit tu mir besser einteilen. Das mach ich auch, also ich denk jetzt nicht, dass ich muss fünf Stunden irgendwo das unten irgendwas machen. Machen wir morgen. Einfach langsamer und gewissenhafter find ich.“ (t2, Z34-40)

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im Kontext der beruflichen Tätigkeiten bedeutet diese neue Zeiteinteilung, weniger in derselben Zeit zu schaffen als früher. Es wird weiterhin effektiv gearbeitet, dabei aber die eigenen Bedürfnisse berücksichtigt, um langfristig die Arbeitskraft zu erhalten. Aus Sicht des Arbeitgebers erscheint dies nicht immer plausibel und effizient, wie der Konflikt zwischen Peter Hain und seinem Vorgesetzten im Beispiel auf Seite 244 zeigt.

Ein weiterer, bereits angedeuteter Zeitaspekt findet sich im Bereich der Regeneration, denn hier steht der Vorsatz im Mittelpunkt, Zeit für sich zu finden. Dieses Zeitfenster wird mit Aktivitäten ausgefüllt, die entspannen, Freude bereiten und Kraft geben. Auf die Frage, was er tun kann, um die Rückenschmerzen zu lindern, führt Peter Hain an, dass er durch die Entspannung im Urlaub Besserung seiner Schmerzen erfährt und hohe Belastungen im beruflichen Alltag zu vermeiden versucht.

Peter Hain: „Na sag mal, ich merk's im Urlaub. Ich war im Urlaub entspannt. Da wird's natürlich wieder gravierend besser. Und so wie [...] schon gesagt hat, das kommt immer stark auf die Tätigkeit an. [...] wenn ich einen ausgewogenen Tag hab, das heißt, wo ich also im Betrieb rum komm, wo ich, sag mal relativ mit der Ameise schaffen kann, wo ich da etliches laufen kann, dabei also einfach nicht nur sitzen, querbeet alles durch und da geht mir es abends noch relativ gut. Und in dem Moment, wo ich irgendwo irgendwas wieder zu viel mach, [...] das muss ich abends sofort büßen. [...] Kommt dazwischen drin wieder ein normaler Tag, kann ich wieder regenerieren oder schaukelt sich das auf, dann geht's halt bis Freitagmittag bis Feierabend ist. Und dann wird's Wochenende wieder zum Regenerieren, montags geht's dann wieder von vorne los.“ (t2, Z730-747)

Zeit erweist sich im Bereich der stärkenden Aktivitäten als kritisches Moment, denn häufig fehlt die Zeit, bspw. um Sport im Alltag zu integrieren. Eine zugespitzte Situation hierfür findet sich bei Claudio Osdorf, für den Schule (hier: Weiterbildung) und Sport nicht vereinbar sind.

Claudio Osdorf: „Also mit der Kur und war alles abgeschlossen. Mir ging's wieder gut. Und jetzt vor 'nem Monat hat's dann eben wiederangefangen, da ich keinen Sport mache, nur in die Schule gehe. [...] Also ich nehme Tabletten ab und zu über die Nacht Schmerztablette, ja? [...] ist zwar keine dauerhafte Lösung, ich muss wieder was machen, aber das werde ich jetzt erst nach meiner Prüfungszeit wieder Sport betreiben.“ (t2, Z8-14)

Ergänzend dazu liegt eine weitere Erklärung für die Schwierigkeit, körperliche Aktivitäten in den Alltag einzuplanen, in der fehlenden Motivation. Erst die Schmerzen lassen „prophylaktische Maßnahmen“ notwendig erscheinen.

Peter Hain: „Es ist ja immer so, man macht ja immer nur dann was, wenn's wirklich weh tut. Ich habe ja die Möglichkeit, ich kann, ich nehme mir meine Walking Sticks und lauf dann da hinten raus, aber freiwillig macht man's aber nicht. Die Erfahrung, ich weiß es, es tut mir gut und wenn ich halt mit dem Rücken massiv Probleme hab, dann schnapp ich die Dinger und lauf dahinten, lauf meine zwei drei Kilometer. Dann geht's wieder besser, aber im Vorfeld prophylaktisch und so [...] eigentlich weniger. Weil irgendwo fehlt mir immer die Zeit. Das sollte man jetzt noch machen und das sollten wir machen. Und dann bleibt das natürlich alles auf der Strecke.“ (t2, Z315-323)

Herr Hain berührt hier einen wichtigen Aspekt. Gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten können als zusätzliche Belastung empfunden werden. Herr Osdorf spricht dieses Problem direkt an.

Claudio Osdorf: „Also ich denk, wenn ich ein Bautechniker hab, mach ich erst mal ein halbes Jahr nix, und also nur für'n Körper dann. Und dann ins Berufsleben einsteigen. [...] Also die Gesellschaft ist schon, also vom Druck her erwartet die Gesellschaft schon viel, also für sag ich mal kranke Menschen. Also, dass man das alles unter einen Hut bringen kann, ja? Könnt ich, also, wenn ich das knallhart durchziehen müsste oder würde mit dem Sport, könnte ich wahrscheinlich jetzt auch mit Dir kein Interview geben.“ (t2, Z746-755)

Die Schwierigkeit, regelmäßige körperliche Aktivitäten aufzunehmen, wird auch mit finanziellen Aspekten begründet. Es wird mehrfach darauf verwiesen, dass ambulante Therapien, die gezielt auf die körperliche Problemlage einwirken, Geld kosten.

Sabine Fesser: „[...] ambulant im Fitnessstudio [...] das war ganz gut. Hat mir ganz gutgetan. Hätte ich auch gern weitergeführt, aber ich kann das nicht leisten, das wurde ja noch bezahlt von der Rentenversicherung und wenn's mal wieder besser steht finanziell, dann werde ich's vielleicht noch mal in Angriff nehmen. Weil es hat mir insgesamt auch gut getan das Programm dort. Das wurde mir dann individuell auf mich eingestimmt, an welche Geräte. Die Unterlagen habe ich auch mit nach Hause bekommen, also wenn es mal wieder finanziell klappt, dass ich das nochmal in Angriff nehme, dass ich ins Fitnessstudio gehe und da dann auch gezielt dann die Geräte mach weitermache.“ (t2, Z374-382)

Voraussetzung für die Aufnahme jeglicher stärkender Aktivitäten ist eine stabile Gesundheit. Im speziellen Fall von Frau Schulz limitierte ihr akutes Knieproblem bereits die Inanspruchnahme von Therapien während der Rehabilitationsmaßnahme und stellt auch weiterhin eine Hürde dar.

Brigitte Schulz: „Das Einzige, was ich jetzt hab ist jetzt wo ich samstags einmal in die Rheumaliga geht schwimmen. Hab mich zwar im Fitnessstudio angemeldet, aber das hat au nicht so funktioniert von der Belastung her das Knie. Je nach dem was für Training das, ich hab Bewegungstherapie hat dann auch nicht funktionier, da hab ich ständig mit Entzündungen zu kämpfen gehabt. Da hab ich gesagt, hat alles keinen Wert, ne?“ (t2, Z159-165)

Mit Blick auf wiederkehrende gesundheitliche Probleme und weiterhin bestehende Risikokonstellationen im Berufsalltag und im privaten Bereich zeigt sich, wie schwierig es ist, nicht wieder in die ‚Spirale‘ zu gelangen, aus der man gerade ausgestiegen ist. Der Unterschied zu früher ist, dass gesundheitliche Risiken wahrgenommen und Möglichkeiten zur Vermeidung – soweit diese zu beeinflussen sind – aktiviert werden, wobei körperliche Belastungen als einfacher zu bewältigen erscheinen. Hingegen ist eine Aktivierung der psychischen Schutzmechanismen auf Grund des komplexeren Charakters psychischer Belastungsfaktoren schwieriger zu realisieren.

Katharina Rieger: „Obwohl eigentlich jetzt relativ viel außen rum ist muss ich sagen, doch mir geht's gut. Ich fühl mich gut. Ist selten, dass ich mal sag, dann kommt viel aufeinander, dass ich's Gefühl hab, okay es kommt jetzt zu viel. Wo ich einfach nicht weiß okay, wo fang ich jetzt wirklich an und was pack ich zuerst an, aber sonst.“ (t2, Z441-445)

In der Tendenz werden wiederkehrende Probleme zwar wahrgenommen und entsprechend bewertet, aber nur zum Teil kann auf sie entsprechend reagiert werden. Es stellt sich eine Gewöhnung ein, die unaufgelöst und unbefriedigend ist: „Irgendwann denkst halt nicht mehr dran.“ (Osdorf, t2, 458).

Es ist zu beobachten, dass die Betroffenen auch zum zweiten Interviewzeitpunkt, also auch als einige von ihnen bereits wieder im Arbeitsleben stehen, langfristig angelegte Zukunftsszenarien formulieren, die im abschließenden Kapitel ausgearbeitet werden.

4.3.2.4 Langfristige Lebenspläne

„Ich hab jetzt auch Vollerwerbsminderung beantragt.“¹²⁵

Ausgangspunkt des abschließenden Kapitels sind die Äußerungen der befragten Personen über langfristige berufliche und private Lebenspläne. Markant in den Ausführungen der beruflichen Perspektiven zum zweiten Interviewzeitpunkt ist die starke Präsenz der gesundheitlichen Problemlage, die neben der z. T. prekären Arbeitsplatzsituation eine hohe impulsgebende Bedeutung für die Ausrichtung und Gestaltung der weiteren beruflichen und privaten Lebenspläne hat. Gensondert wird abschließend auf das Phänomen eingegangen, wie eine unsichere berufliche und gesundheitsbezogene Zukunft abgesichert wird.

Zukunftsszenario Berufsweg-Gestaltung

Jede der befragten Personen plant ihre weitere berufliche Zukunft unter Berücksichtigung von zwei Faktoren: die lebenslang bestehende gesundheitliche Problematik und die gegenwärtige Arbeitsplatzsituation. So wird erwartet, dass die bestehende gesundheitliche Problematik zukünftig und in unterschiedlichem Ausmaß wieder hervortreten kann und dadurch die Ausübung der aktuellen beruflichen Tätigkeiten zunehmend eingeschränkt werden könnte. Der zweite Faktor bezieht sich auf die gegenwärtige Arbeitsplatzsituation, die für alle Befragten (mehr oder weniger) unsicher erscheint.

Vor diesem Hintergrund formen sich zwei Formen von Zukunftsszenarien heraus, die sich in ihren Ausrichtungen anhand der Altersgruppen der sechs Interviewpartnerinnen und Interviewpartner unterscheiden lassen. Das Szenario der ‚Berufsweg-Gestaltung‘ wird von den Jüngeren entwickelt, das Szenario des ‚Renteneintritts‘ von den Älteren (50+). Verbindendes Element in allen Zukunftsszenarien ist der Fokus auf die Lebensqualität.

¹²⁵ Brigitte Schulz, t2, Z13

Die drei jüngeren Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner – Sabine Fesser (44), Katharina Rieger (30) und Claudio Osdorf (25) – setzen sich gedanklich mit der qualitativen Beschaffenheit ihres (zukünftigen) Arbeitsplatzes auseinander und dessen Verhältnis zu den eigenen Interessen und antizipierten gesundheitlichen Entwicklungen. Eine etappenweise, interessen- und bedarfsgeleitete Gestaltung des weiteren Berufslebens steht hier im Vordergrund. Folgende Gestaltungselemente stellen sich dabei als zentral heraus: Selbstsorge, berufliche Qualifizierungen und ein Ausloten verschiedener Richtungen. Dies soll anhand der einzelnen Fallbeispiele verdeutlicht werden.

Katharina Rieger möchte ihren derzeitigen Arbeitsplatz so lange wie möglich behalten. Um dies zu realisieren nimmt sie sich vor, besser auf sich und ihren Rücken zu achten, d. h. ihre Gesundheit sollte kein Grund werden, den Arbeitsplatz wechseln zu müssen. Dennoch spricht sie davon, dass dies eines Tages der Fall sein kann.

Katharina Rieger: „Ich merke vom Rücken her jetzt auch nix mehr im Moment. Also von dem her, dann denk ich lieber, ach komm, machst mehr für’n Rücken und passt besser auf dich auf. [...] So wirklich weg-wechseln möchte ich eigentlich gar nicht. [...] Vielleicht werde ich irgendwann wirklich so gezwungen, dass es nicht mehr anders geht, aber im Moment (verneinend) mh.“ (t2, Z34-38)

Diese Zukunftsunsicherheit wird zusätzlich durch die Insolvenz ihrer Klinik verstärkt, von der ihr Arbeitsplatz aktuell noch nicht direkt betroffen ist. Sie begegnet dieser Unsicherheit durch Probearbeiten in anderen Kliniken und Einrichtungen und merkt schnell, immer einen Arbeitsplatz als Krankenschwester zu finden. Gleichzeitig plant sie, sich als Study Nurse nebenbei zu spezialisieren.

Katharina Rieger: „Ich könnt's nicht ohne [Job, Anm. S.B.], aber ich weiß jetzt auch, dass es nicht ohne muss. Weil das zwischendurch hat man ja immer die Angst so, ich komm nirgends mehr unter, oder, aber das ist Quatsch.“ (t2, Z365-367)

Interviewerin: „Wo sehen Sie sich denn beruflich, also was ist so Ihre Perspektive?“

Katharina Rieger: Das ist eine gute Frage. Also ich möchte das jetzt erst mal weiter machen meine Interventionen und ähm da lieber aufbauen und Fortbildungen machen und eben immer noch so diese Studien. Hab ich auch noch immer so, diese Studienbetreuung, dass man vielleicht irgendwann sagt, okay, man geht mehr auf die Schiene noch nebenher.“ (t2, Z300-306)

Claudio Osdorf befindet sich in einer Weiterqualifizierung zum Bautechniker und hofft, im Anschluss in seiner alten Firma wieder anfangen zu können. Ihm ist bewusst, dass es ohne eine stabile Gesundheit nicht geht; er plant, sich nach der Umschulung erst mal um seine Gesundheit zu kümmern und dieses dann regelmäßig weiterführen (t2, Z14ff; Z23ff). Langfristig möchte Herr Osdorf aber in eine andere Richtung gehen und als Werkstattelehrer für Behinderte bis zur Rente arbeiten. Er spannt damit den Bogen zu seinem ursprünglichen Wunsch, im sozialen Be-

reich tätig zu werden und sieht gleichzeitig eine gute Chance auf einen Arbeitsplatz in diesem Bereich.

Claudio Osdorf: „Also ich sag mal bis jetzt ist mein Wunschberuf für später für meine Zukunft, also wo ich dann auch in die Rente gehen will, ist so als Werkstattlehrer für Behinderte. Also für Behinderteneinrichtungen, wo ja denen halt irgendwas basteln beibringen. Natürlich bin ich mit meinem Bautechniker dafür überqualifiziert, aber lieber überqualifiziert anstatt grad so. Also ich hoffe dann halt, dass meine Chancen höher sind, dass ich bei so was angenommen werde, ja?“ (t2, Z593-602)

Frau Fesser sucht gezielt nach einer Tätigkeit, in der in erster Linie ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen Berücksichtigung finden und die „Spaß macht“ (t2, Z414). Sie schaut in „andere Richtungen“ (t2, Z4) – von Schweißarbeiten über medizinisch-technische Assistenz bis zur Hauswirtschaftsleiterin. Dabei kommen Weiterqualifizierungen zur Sprache, die jedoch keine anspruchsvolleren Tätigkeiten nach sich ziehen sollten, wie Frau Fesser es im Falle einer Umschulung erwartet.

Sabine Fesser: „Am allerliebsten wär mir, am allerliebsten wär mir etwas, ja, etwas was mir schon Spaß macht einigermaßen. Aber ich auch einfach auch nicht so körperlich belastet bin, so einfach ja, aber auch Spaß macht. Also nicht nur, dass ich hingeh und die Arbeit verrichte und dann wieder weggehe. Wo ich auch etwas gefordert werde, aber auch nicht zu viel. Wie gesagt, diese Ausbildung jetzt zwei Jahre das kann man schon machen, aber danach hat man ja dann auch die Anforderungen, sind ja an einen gestellt, die man erbringen muss. Und das will ich halt nicht. Ich möchte gern so’n Zwischendrin. Das ist immer die Schwierigkeit, die Balance zu finden ne? Man neigt zu den Extremen. Der Mensch neigt zu den Extremen. Das zwischendrin die Balance finden, das ist schwierig.“ (t2, Z414-422)

Klar formuliert Frau Fesser für sich, dass die Berufsarbeit nicht ihre gesamten Energieressourcen aufbrauchen darf, da sie diese für private Verpflichtungen benötigt.

Sabine Fesser: „Und das will ich einfach nicht, dass ich acht sechs bis acht Stunden schaff, dann nach Hause komm und für nichts mehr zu haben bin. Ich muss ja noch mich um meine Mutter kümmern, meinen Onkel kümmern, bin unterwegs in meinem Glauben. Da brauch ich einfach das, die Zeit brauch ich auch und dafür brauch ich meine Beine und meine Füße. Also muss alles irgendwie zusammenpassen, der Job, Arbeit und das andere und des ist so ein bisschen grad für mich die Herausforderung da was Gescheites zu finden.“ (t2, Z313-319)

Ausstiegsszenario Renteneintritt

Im Falle der drei älteren Personen – Brigitte Schulz (50), Peter Hain (57) und Hans Kirch (52) – richtet sich die gedankliche Zukunftsgestaltung auf einen Renteneintritt. Die Strategie kann hier mit „Durchhalten“ betitelt werden. Selbstsorge spielt auch hier eine Rolle, d. h. es wird versucht, die körperlichen Belastungen im beruflichen und privaten Alltag zu minimieren und psychisch belastende Drucksituationen zu vermeiden. Bei diesen drei Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wird besonders deutlich, dass unter den Bedingungen ihrer eingeschränkten Gesundheit die bestehenden Arbeitsanforderungen als hohe Belastungen empfunden werden. Diese waren zum ersten Interviewzeitpunkt noch nicht in dem Maße absehbar, sondern zeigen

sich erst nach Rückkehr in den Arbeitsalltag. Besonders prägnant lässt sich dies am Beispiel von Hans Kirch nachzeichnen. Noch im ersten Gespräch beschreibt Herr Kirch begeistert die vielfältigen Anforderungen seiner Tätigkeit als Gemeindearbeiter und die gute Zusammenarbeit im Team: „Also ist so ein wahnsinns-vielseitiger Beruf, ist einmalig.“ (t1, Z28); „Mir liegt das und ich mach das halt wahnsinnig gerne.“ (t1, Z50f); „Ist eine super Truppe.“ (t1, Z114). Herr Kirch kann sich keine alternativen Berufe vorstellen, z. B. Bürojobs und strebt an, wieder als Gemeindearbeiter zu arbeiten. Dies gelingt ihm auch und mit Unterstützung seiner Kollegen hat seine körperliche Belastung spürbar abgenommen. Doch im Verlauf des zweiten Interviews wird deutlich, dass er erst nach Rückkehr an seinen Arbeitsplatz die Bedeutung der zurückliegenden Erfahrungen für sich erkennt und er die latente Bedrohung seiner Gesundheit wahrnimmt.

Hans Kirch: „Hab ich eigentlich nicht so gedacht, dass es so gravierend ist, aber es ist eigentlich ein richtiger Einschnitt, war jetzt das so also. Das hat sich schon einiges geändert. Ich mich auch muss ich auch sagen. Ich sehe mal viele Sachen nicht mehr so ernsthaft und bin lockerer. Lege immer mal hin und ruh aus und nicht jede freie Minute irgendwo was machen muss. Hab mich auch bisschen verändert muss ich sagen, ja? Ja gut, wenn man weiß was für Schmerzen das waren. Ein zweites Mal würd ich das nicht also, oder Wirbelversteifen oder so, oder so. Dann ist ganz aus.“ (t2, Z19-26)

Darüber hinaus treten anstelle der begeisterten Beschreibungen seiner Tätigkeit kritische Reflexionen der Arbeitsbedingungen. Die erneuten Schilderungen über die vielfältigen Aufgaben in der Gemeinde werden nun gerahmt durch die andauernde Unterbesetzung seines Teams und lassen die herausfordernden Anforderungen als Belastungen erscheinen. Kritisch beleuchtet Herr Kirch die temporären Einsätze von Zeitarbeitern, 1-Euro-Jobbern und schwer vermittelbaren Leuten, die keine wirkliche Entlastung sind, sondern zusätzliche Verantwortung von den festen Kollegen abverlangen:

Hans Kirch: „Wir müssen jetzt mal so Eurojobber mitnehmen und dann schwer Vermittelbare, wenn sie in der Schule unten keine Praktikumsstelle kriegen. Dann kommen die auch zu uns auf den Bauhof. Also wir hätten also schon einiges an Leuten, wo wir (unverständlich) so integrieren. [...] Hab schon mal einen dabeigehabt, der hat dann epileptische Anfälle kriegt (unverständlich) Maschine umgefallen. [...] dann haben wir gesagt, das geht nicht. Hat keinen Wert. [...] Es hätte eigentlich eine Woche jetzt, in der Woche hätten müsste einer kommen, wo auch Schule abgebrochen hat. Einfach keine Lust, kein, nix schaffen will. Und jetzt hätten wir, müssten nehmen zu uns, aber ist nicht gekommen.“ (t2, Z375-395)

Markant im Fall von Hans Kirch ist das Resümee seiner Berufswahl zu beiden Interviewzeitpunkten. Führt er im ersten Interview noch aus, dass sein ursprünglicher Beruf als Maurer zu einseitig für ihn war und der Beruf als Gemeindearbeiter genau seinem Typ entspricht, bereut er im zweiten Interview den Schritt in die Gemeinde. Eindrucksvoll ist hierbei die Äußerung an sich, die im Gegensatz zur ursprünglichen intensiven Befürwortung des Gemeindearbeiters steht.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Hans Kirch: „Im Nachhinein würde ich das glaube ich nicht mehr machen. Heute würde ich nicht mehr der Gemeinde. Echt nicht. Das ist, wenn ich sehe andere Leute in der freien Wirtschaft, hätten die, hätten die tausend Euro mehr. Tausend Euro mit Sicherheit. Also wir sind da richtig unterbezahlt.“ (t2, Z256-259)

Hans Kirch, wie auch Frau Schulz und Herr Hain richten ihre Aufmerksamkeit zum zweiten Interviewzeitpunkt auf einen vorzeitigen Renteneintritt. Die Besonderheit bei Frau Schulz ist, dass sie auf Grund ihrer massiven gesundheitlichen Beeinträchtigung erwägt, eine Vollerwerbsminderungsrente zu beantragen, wohingegen die beiden Männer davon sprechen, bis zur frühzeitigen Rente durchzuhalten zu müssen.

Brigitte Schulz: „Dann haben wir ja Teilhabe am Arbeitsleben. Das hat auch die LVA genehmigt, aber bei mir besteht's Problem, ich kann im Moment nicht teilnehmen, weil es im Sommer wahrscheinlich ein künstliches Kniegelenk gibt, und dann sind die Maßnahmen für mich im Moment gar nicht zum Ausführen und das ist halt - das lange Stehen und Sitzen und das funktioniert halt nicht. Ich hab immer mit Entzündungen zu kämpfen, aber eine Änderung ist im Moment nicht in Sicht. Funktioniert nicht. Ich hab jetzt auch Vollerwerbsminderung beantragt, weil ins Berufsleben kann ich nicht mehr zurück.“ (t2, Z6-14)

Peter Hain: „Ich muss noch die fünf Jahre durchhalten, da bin ich dreiundsechzig und wenn er dann zu macht, dann kann ich sagen, okay, dann hätte ich meine fünfundvierzig Jahre arbeitslos-Arbeitsjahre voll. Und dann ich sage okay, dann noch zwei Jahre arbeitslos und dann kann ich mit fünfundsechzig in Rente gehen. Dann reicht mir's noch ohne, dass ich schon in diese verlängerte Regelung reinfalle. Ja so muss ich jetzt im Moment rechnen. [...] Vereinfacht gesagt, ich muss noch fünf Jahre durchhalten. Dann kann's voll auslaufen, dann ist, kann man's AuslaufszENARIO planen. Aber diese fünf Jahre muss ich erst noch durchstehen. Sowohl betrieblich als auch gesundheitlich.“ (t2, Z687-695)

Der Renteneintritt ist ein besonderer Punkt, der zum ersten Interviewzeitpunkt nicht zur Sprache kam. Qualifizierungen oder das Umsehen nach einer neuen Tätigkeit spielen bei den drei Personen keine bedeutende Rolle und werden als wenig erfolgsversprechend eingestuft. Vielmehr wird von allen drei Personen darauf verwiesen, dass die Wohnortnähe des derzeitigen Arbeitsplatzes ein wichtiger Grund ist, nicht zu wechseln, sondern bis zur Rente durchzuhalten. Beispielshaft hierfür Peter Hain:

Peter Hain: „Die Klinik hat mir ja empfohlen, ich soll den Job wechseln. Wo ich gesagt hab, ich mit achtundfünfzig was zu finden, das können sie abhaken. Das funktioniert überhaupt nicht. [...] Das hört sich alles wunderbar an, naja wir fördern Arbeitsplätze und so weiter. Die [DRV, Anm. S.B.] wären ja auch bereit, einiges zu zahlen, aber es gibt keine Arbeitsplätze in diese Richtung. Da muss man halt irgendwo Kompromisse machen. Mein, ich hab's jetzt halt von hier aus viereinhalb Kilometer ins Geschäft. Das wiegt auch was.“ (t2, Z48-61)

Diese Durchhaltestrategie wird flankiert durch eine Anerkennung der Leistungsminderung über den Status der Schwerbehinderung.

Hans Kirch: „[...] hoffentlich hält's [auf die Gesundheit bezogen, Anm. S.B.] noch die nächsten acht Jahre. Schauen wir mal. Dann müsst ich eigentlich in Rente. [...] Wenn ich mit dreiundsechzig darf gehen, dann müsste ich noch [...] noch neun Jahre. Aber so lang schaff ich nicht mehr. Hab ich hab ich nicht vor. Hab jetzt schon siebenunddreißig, achtunddreißig Arbeitsjahre. [...] Wenn ich Altersteilzeit kriege, gehe ich mit sechzig schon, oder noch vorher. Aber jetzt schaff ich ja schon

einunddreißig Jahre in der Gemeinde. Also könnt schon klappen, dass ich Teilzeit mache dann und einfach mit sechzig verschwinde. Oder je nach dem, aber das liegt ja dann am Arbeitgeber ob der da mitmacht. Aber ich denk schon, ich warte immer noch auf den Antrag, wo ich als behindert.“ (t2, Z500-523)

Absicherung einer unsicheren Zukunft

Im Überblick beider Gruppen kann auf übergeordneter Ebene eine besondere Beobachtung beschrieben werden: die Absicherung einer unsicheren Zukunft. Unsicherheit besteht für alle Personen im Hinblick

- auf den zukünftigen Verlauf der Erkrankung,
- auf die Möglichkeit, diesen Verlauf zu beeinflussen,
- auf den Erhalt des eigenen Arbeitsplatzes und
- darauf, wie in Zukunft die tätigkeitsspezifischen Anforderungen unter bedingter Gesundheit bewältigt werden können.

Die Absicherung richtet sich entweder auf die Gestaltung der Berufsbiographie durch berufliche Qualifizierungen, die eine Option des Tätigkeitswechsels eröffnen und dabei die Berücksichtigung gesundheitlicher Bedürfnisse einschließt. Oder sie richtet sich auf eine Schließung der beruflichen Biographie durch den Renteneintritt, was eine finanzielle Absicherung nach sich ziehen kann, ohne u. a. den gesundheitlichen Risiken der Erwerbsarbeit ausgesetzt zu sein.

Die begleitende Beantragung eines Schwerbehindertenstatus nimmt im Themenkreis der Absicherungsstrategien insgesamt einen gesonderten Stellenwert ein. Besondere Erwähnung erfährt dabei der Grad der Behinderung. Je höher dieser ausfällt, desto mehr Vorteile werden erwartet, wobei die genauen Vorteile nicht eindeutig benannt werden (können). Mit Ausnahme von Katharina Rieger und Claudio Osdorf ist die Beantragung einer Schwerbehinderung angedacht bzw. bereits eingeleitet worden.

Sabine Fesser: „[...] Ich hab's jetzt auch ausprobiert, wenn ich unterwegs bin den ganzen Tag sechs bis acht Stunden, wirklich viel, dann hab ich abends fatal Schmerzen. Also es, der Arzt hat ja auch gesagt, dass es nicht mehr wird, hundert Prozent. Das ist einfach schon ein Stück weit chronisch. Ich weiß jetzt auch nicht, wie ich jetzt vorgehen muss, ob ich mich auch prozentmäßig behindert, dreiß-dreißig Prozent oder vierzig Prozent mit nem Behindertenausweis [...] geschickt wär's schon, weil es ist ja, es ist ne chronische Sache jetzt ne? [...] Hab ja drei Operationen am Fuß auch, zwei und jetzt am Knie und ja, ich bin einfach gehandicapt. Es geht nicht mehr so wie ich möchte.“ (t2, Z24-32)

Hans Kirch: „Es gibt dann, je nach dem, was für ein Prozent das einer Behinderung ist, kriegt man mehr Urlaubstage und noch zwei Sachen, noch ein paar Sachen. Es kann sein, dass das Rentenalter nochmal verkürzt wird? [...] Also sind zwei drei Sachen, aber ich hab jetzt den Antrag noch nicht gekriegt. Weiß auch noch nicht, wie viel Prozent. [...] Die Frau unten war in der Reha, die hat gesagt, ja es wird nicht so viel geben, aber mit Bandscheibenvorfall, mit der OP, zwanzig fünfundsiebzig Prozent müssten eigentlich drin sein. Also jetzt schauen wir mal. Ich weiß es auch nicht jetzt wenn man's und wenn's weniger ist, soll ich auf jeden Fall zum Arzt. Der soll dann gleich schreiben irgendwas. Auf auf jeden Fall zwanzig fünfundsiebzig Prozent müsste es geben.“ (t2, Z525-540)

Die Erkrankung und die individuellen Einschränkungen werden durch diesen Sonderstatus und den vorzeigbaren Ausweis in einen Zahlenwert übersetzt. Die Unsichtbarkeit der gesundheitlichen Problemlage wird dadurch eine objektive Sichtbarkeit verliehen, und zugleich werden ihnen besondere Leistungen zuteil, von denen nicht schwerbehinderte Menschen ausgeschlossen sind.

4.3.3 Zusammenfassung

Im vorhergehenden Kapitel wurden die Merkmale der Neuorientierungsphase und die Formen und Rahmenbedingungen der Rückkehr in das Arbeitsleben herausgearbeitet. Die Neuorientierungsphase vollzieht sich in einem langen Prozess, der während der Rehabilitationsmaßnahme ansetzt. Hier werden die Betroffenen erstmals explizit im Expertendialog mit der Notwendigkeit konfrontiert, auf Grund der voraussichtlich bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen die bisherige berufliche Tätigkeit zu überdenken. Diese erzwungene Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft kann eine persönliche Krise auslösen. Krisenhaft ist zum einen, dass die über Jahre aufgebaute berufliche Position und Praxis auf einmal in Frage gestellt werden und die Betroffenen sich – wenn auch zunächst nur gedanklich – in einer prekären Lage wiederfinden. Der Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik kann in dieser Situation als zusätzlich schwierig empfunden werden, da die Personen in einer fremden Umgebung, ohne soziale Unterstützung und weiterführende Informationen, neue biographische Linien entwickeln müssen.

Angesichts dieser zukunftsweisenden Anforderungen laufen zahlreiche Reflexionsprozesse ab, in deren Zentrum die eigene Rolle in der erlebten gesundheitlichen Krise steht. Dabei wird sich kritisch mit dem Selbstbild, den Einstellungen und Verhaltensweisen in beruflichen, aber auch sozialen Kontexten auseinandergesetzt. Frauen beziehen sich in diesem Zusammenhang tendenziell eher auf ihre Persönlichkeitsmerkmale und Männer setzen sich besonders kritisch mit dem eigenen Verhalten auseinander. Im Kern steht die Erkenntnis, dass man selbst ein Teil der Risikokonstellation war. Durch diese Lernprozesse, die sich durch die Interaktionen mit den professionell Tätigen in der Rehabilitationsklinik strukturiert haben, verdichten sich zunehmend Vorstellungen darüber, was in Zukunft geändert werden soll und kann. Es zeichnet sich ab, dass es einerseits begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten im Berufskontext (z. B. Arbeitsprozesse) gibt, andererseits aber die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen durchaus veränderbar sind. Gleichzeitig werden als weiteres Merkmal dieser Zukunftsvorstellungen Aspekte der beruflichen Tätigkeit benannt, an denen man festhalten möchte und die einen wichtigen Motivator für den Rückkehrprozess in das Arbeitsleben darstellen können.

Führt man diese Reflexionsprozesse und die ersten Vorstellungen zukünftiger beruflicher Szenarien zusammen, kristallisiert sich ein Leitsatz heraus, der die weitere Lebensgestaltung bestimmt. Unter dieser Perspektive richtet sich der Fokus zunehmend auf die eigene Gesundheit mit dem Ziel, einen erneuten Rückfall zu vermeiden und die Ressource ‚Gesundheit‘ zu erhalten. Die in diesem Bezugsrahmen formulierten Strategien beziehen sich auf die veränderbaren Aspekte, die im persönlichen Einflussradius liegen wie die Vermeidung körperlicher Belastungen, eine veränderte Interaktion mit dem sozialen Umfeld oder die Schaffung von Zeiträumen für eigene Bedürfnisse. In diesem Zusammenhang kann festgehalten werden, dass die Krankheit und das Spektrum der Auswirkungen auf der einen Seite eine persönliche Krise bei den Betroffenen auslösen und auf der anderen Seite einen Katalysator für neue berufliche Wege oder persönlicher Verwirklichungen darstellen kann.

In der Analyse konnten Treiber der Perspektivwechsel und veränderten Verhaltensweisen herausgearbeitet werden, die in zwei parallele Richtungen zielen: Rückbesinnung auf die eigenen Bedürfnisse und Rückkehr in das Arbeitsleben. Diese beiden Richtungen vereinen sich in den dargestellten beruflichen Szenarien, denn hier werden die Vorstellungen über das zukünftige berufliche Setting unter Berücksichtigung bleibender gesundheitlicher Einschränkungen entwickelt. Die Erkrankung ist in den Schilderungen als Bestandteil des Selbst, des Alltags und der Zukunftsentwürfe verankert. Gemeinsam ist allen Fällen die Unsicherheit über tatsächliche berufliche Möglichkeiten unter der Prämisse einer unvorhersehbaren gesundheitlichen Entwicklung. Dies kann insbesondere dann eine große Belastung darstellen, wenn der eigene Beruf und die Tätigkeiten als erfüllend erlebt werden und man sich stark mit ihm bzw. ihnen identifiziert. Gleichzeitig werden Unterschiede im Grad der Unsicherheit deutlich. So kann die Erwartung an eine weiterhin instabile Gesundheit oder ein prekärer Arbeitsplatz diese Unsicherheit verstärken, wohingegen ein guter persönlicher Kontakt zum Vorgesetzten oder die aktive Einflussnahme auf die Arbeitsgestaltung die Szenarien eines möglichen Wiedereinstiegs realistischer werden lässt (Abbildung 33).

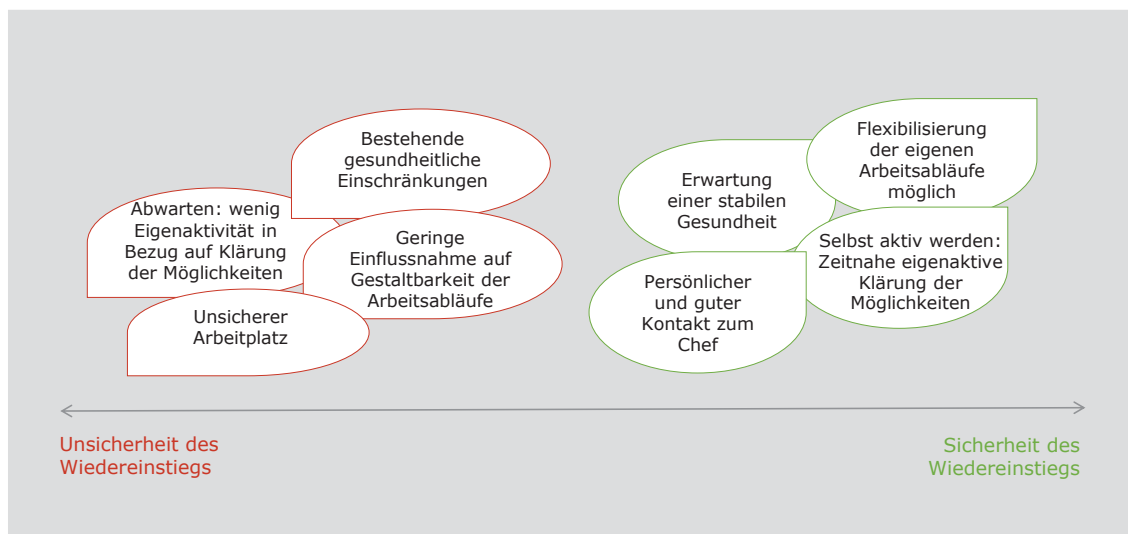


Abbildung 33: Einflussfaktoren auf Szenarienentwürfe des Wiedereinstiegs

Im zweiten Teil der Ausführungen erfolgte zunächst die Gegenüberstellung der entworfenen Szenarien und der Situation neun bzw. dreizehn Monate nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik. Es zeigt sich hier, dass sich diejenigen, wieder an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt sind in einer Versuchsphase befinden, in der ausgelotet wird, wo die eigenen Grenzen liegen, ob und wie der Arbeitsprozess an die eigene Gesundheit angepasst werden kann oder welche Unterstützung durch das Kollegium erwartbar ist. Ähnlich verhält es sich mit denjenigen, die sich noch nicht wieder im Arbeitsprozess befinden mit dem Unterschied, dass sich dieses Ausloten auf einer theoretischen Ebene abspielt. Es wurde zudem ein Blick darauf geworfen, inwiefern die Vorstellungen und der entwickelte Leitsatz im Alltag umgesetzt werden konnten. Hieran wurde deutlich, dass zwar nicht jede bzw. jeder der Befragten die Vorstellungen über den Rückkehrprozess ins Arbeitsleben verwirklichen konnte, aber in jedem Fall versucht wird, den eigenen persönlichen Leitsatz im Alltag umsetzen.

Der Verlauf der beruflichen Neuorientierung, der in der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme angestoßen wurde und sich nach erfolgter Rückkehr in die Erwerbstätigkeit fortführt, konnte als ein komplexer Aushandlungsprozess dargestellt werden, der nicht nur um eine berufliche Richtungsfindung und Anpassung der Arbeitsbedingungen kreist, sondern die Gewichtung von Gesundheit und Arbeit, Lebensplänen und das Verhältnis mit dem Umfeld berührt. Übergreifend wirksam in diesem Aushandlungsprozess sind die eigenen Interessen und Aspekte der Lebensqualität sowie der Gesundheitszustand, spezifische Rahmenbedingungen und vorliegende Informationen. In der Analyse der Standorte und Aushandlungen kam ein neuer Aspekt der beruflichen Neuorientierung hinzu: der des Risikos. Es besteht das Risiko eines gesundheitlichen Rückfalls und dass durch das Zusammenspiel der zurückliegenden Krise, der bestehenden ge-

sundheitlichen Probleme und der unsicheren Zukunftspläne psychische Probleme ausgelöst werden können. Besonders bildhaft formt sich aus dem Blickwinkel der Betroffenen das Risiko heraus, dass durch Krankheit, Behinderung und höheres Alter die Chancen des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben sinken und damit die Gefahr der Arbeitslosigkeit wächst. Nicht zuletzt schwingt das Risiko des Scheiterns mit: Gelingt der Wiedereinstieg? Habe ich noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt? Werde ich arbeitslos? Schaffe ich die Umschulung oder Weiterbildung?

Die individuelle Standortbestimmung vermittelte bereits erste Eindrücke fördernder und hemmender Faktoren, die den Wiedereinstieg in das Arbeitsleben bedingen. Die hieran anschließenden Kapitel schlüsselten diese Faktoren systematisch auf. Es zeigt sich ein vielfältiges Spektrum an Einflussfaktoren im Bereich des Arbeitsplatzes, wie die eigene Position, Möglichkeiten der Flexibilisierung oder soziale Unterstützung durch das persönliche soziale Umfeld und im Kollegium, die eine Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz bedingen, aber auch persönliche Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und sinnstiftende Aspekte der Erwerbsarbeit spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine instabile Gesundheit erwies sich als größter Hemmfaktor für die Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz.

Die Bezugnahme zum erfolgten bzw. nicht erfolgten Wiedereinstieg in das Arbeitsleben ist eine wichtige Dimension, um das Ergebnis des Krankheitsverlaufs, der Behandlungen und Beratungen zu beurteilen. Unter dieser Betrachtung kann die Rückkehr in das Arbeitsleben als ein Erfolg gedeutet werden. Der analytische Zugang über persönliche Erfolgsdimensionen ermöglichte darüber hinaus ein weit gefassteres, lebensweltliches und kontextuales Verstehen der individuellen Lage der Betroffenen. In diesem Zuge konnten zusätzlich zur Rückkehr in das Arbeitsleben drei weitere persönliche Erfolge bestimmt werden: der Schritt aus der Leidensspirale, die Verbesserung der Gesundheit, die erfolgreiche Bewältigung von neuen Herausforderungen. Erfolg ist damit nicht nur ein Vergleichspunkt zu einem ‚vorher‘, sondern sollte prozessual gedacht und in Relation zu den vielfältigen Anforderungen im Krankheitsverlauf und im Prozess der beruflichen Neuorientierung verstanden werden. Folgende Grafik (Abbildung 34) führt die vorherigen Ausführungen illustrativ zusammen.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

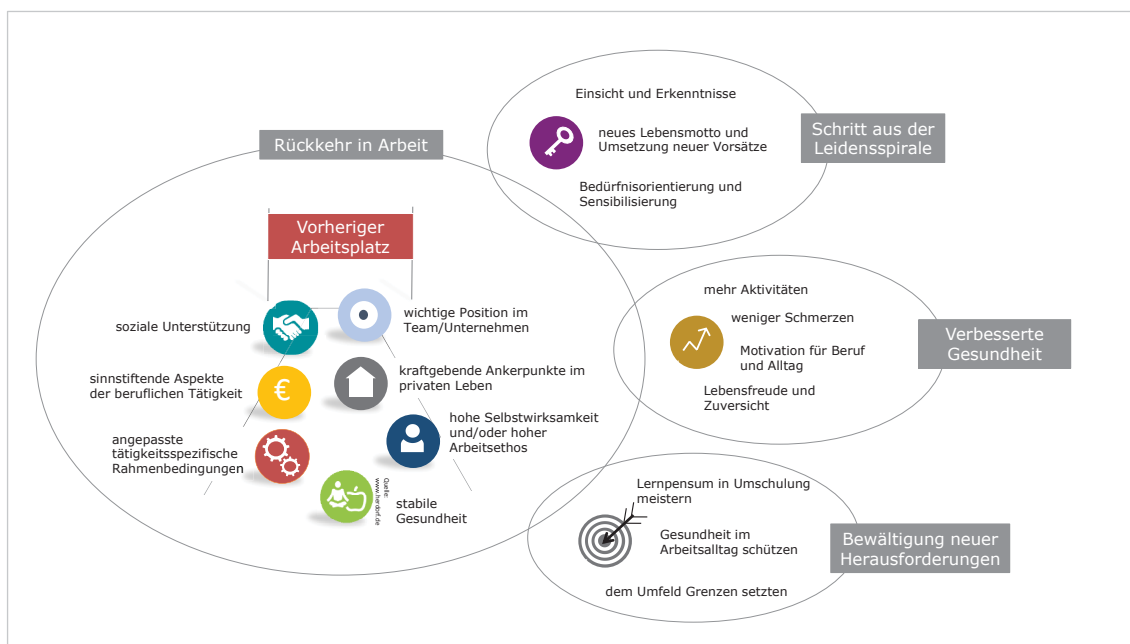


Abbildung 34: Einflussfaktoren auf Rückkehr ins Arbeitsleben und Merkmale erweiterter Erfolgsdimensionen

Folgt man diesem prozessualen Analyseansatz, zeigt sich, dass Personen, die an ihren vorherigen Arbeitsplatz zurückgekehrt sind, vor der Herausforderung stehen, ihre neue gesundheitliche Situation mit den weiterhin vorhandenen, z. T. krankheitsverursachenden Arbeitsbedingungen und -anforderungen abzugleichen. Es wurde deutlich, dass die Etablierung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz nicht immer möglich ist. Gründe hierfür liegen in den Tätigkeitsfeldern und standardisierten Arbeitsprozessen sowie in Rahmenbedingungen wie einem sich verschärfenden Personalmangel und im fehlenden Engagement und Verständnis der Vorgesetzten für die Bedürfnisse der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers. Gleichzeitig erfordert es von den Betroffenen, den vorhandenen flexiblen Raum konsequent für sich zu nutzen. Rahmenbedingungen, Zwischenmenschlichkeit und Eigenverantwortung bedingen gleichermaßen ein ‚gesundes Arbeiten‘. Bei genauer Betrachtung der Rahmenbedingungen beruflicher Chancen und Möglichkeiten erwies sich das Lebensalter als ein wichtiger Gestaltungsfaktor. Ein junges Alter bietet in der Regel die Chance auf offene berufliche Perspektiven, die sich mit zunehmendem Alter stetig schließen. Dabei ist von einer wechselseitigen Schließung auszugehen. Mit zunehmendem Alter werden körperliche, psychische und lebenspraktische Kapazitäts- und Flexibilitätsgrenzen erreicht, worauf sich die Arbeitswelt bisher nur begrenzt einstellt. Ein höheres Lebensalter wird insgesamt als Hürde für alternative berufliche Wege erlebt.

Im Verlauf der Analyse beruflicher Neuorientierungsprozesse treten an den einzelnen Stationen unterschiedliche Versorgungsinstitutionen und Akteure in den Vordergrund. Schlüsselpersonen

in diesem Kontext sind Ärztinnen und Ärzte der Akutversorgung, die Sozialarbeiterin in der Rehabilitationsklinik sowie die Reha-Beraterin bzw. der Reha-Berater der Rentenversicherung. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte markieren durch eine Diagnosestellung und Einleitung weiterer Maßnahmen den Beginn des Behandlungsverlaufes. Sie sind es aber auch, die nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik eine Verbindungsrolle zwischen der zurückliegenden Behandlungskette und der weiteren Behandlung in Form von Nachkontrollen und Verordnungen von Therapien einnehmen; aus Sicht ihrer Patientinnen und Patienten mit unterschiedlich zufriedenstellenden Ergebnissen.

Die Rehabilitationsklinik ist ein besonderer Raum, in dem in der Regel gesundheitliche Stabilität erreicht wird und berufliche Wege angebahnt werden. Den Aufenthalt in der Klinik kennzeichnen eine Auszeit von der Leidensspirale, eine intensive Behandlung der Leiden sowie eine Weichenstellung für die Rückkehr in das Alltags- und Arbeitsleben. Gleichzeitig wird dieser Reha-Raum als eine Sonderwelt erlebt, deren Praxistauglichkeit sich erst noch im Alltag und am Arbeitsplatz bewähren muss. Diese drei Aspekte sind dabei besonders zu erwähnen:

- Die während der Rehabilitationsmaßnahme auf die Gesundheit gerichteten Aktivitäten erfolgen gebündelt, geplant und angeleitet – zu Hause müssen diese selbstständig in den Alltag integriert werden.
- Die Interaktion mit allen Akteuren in diesem Raum – Professionelle als auch anderer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden – ist durch Verständnis für die eigene Situation und Rücksichtnahme auf Leistungsgrenzen geprägt. Zurück im Alltag muss aktiv dieses Verständnis eingefordert und die eigenen Grenzen vermittelt werden.
- Die realen Arbeitsbedingungen können nur begrenzt im ‚Reha-Raum‘ abgebildet werden. Zusätzlich werden einer konkreten Planung während der medizinischen Rehabilitation Grenzen durch die teilweise anhaltende gesundheitliche Problemlage gesetzt. Ob und wie die Rückkehr in das Arbeitsleben gelingen kann, bleibt zum Zeitpunkt der Entlassung unsicher. Es gibt zudem keinen verbindenden und vermittelnden Akteur zwischen der Klinik und dem eigenen Arbeitgeber.

Letzterer Punkt verweist auf einen weiteren zentralen Moment während der Rehabilitationsmaßnahme: das Gespräch mit der Sozialarbeiterin über neue berufliche Wege und Unterstützungsmöglichkeiten. Dieses Gespräch markiert eine Krise im Rehabilitationsprozess, denn erstmals wird ausgesprochen, was sich bisher nur andeutete – die Möglichkeit, nicht mehr an den alten Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Obwohl dies nur eine Option ist und die Entscheidung darüber in der Hand der Betroffenen liegt, löst dieser Gesprächsaspekt bei allen Personen dieser Studie große Bestürztheit aus, denn auch nur der Gedanke an eine solche Notwendigkeit konfrontiert sie einerseits mit der Dauerhaftigkeit der gesundheitlichen Einschränkungen und andererseits mit einer in der Regel ungewollten beruflichen Veränderung. Gleichzeitig wird

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

diese Phase als Chance beschrieben, das bisherige Leben zu verändern und die eigenen Bedürfnisse stärker zu berücksichtigen.

Noch in der Rehabilitationsklinik tritt die Reha-Beraterin bzw. der Reha-Berater der Rentenversicherung als weitere Schlüsselakteurin bzw. als weiterer Schlüsselakteur auf, die bzw. der zunächst nur z. B. über die Möglichkeiten einer Umschulung informiert und einige Zeit nach der Rehabilitation zu einem weiteren Gespräch einlädt. Die Erfahrungen mit diesen Gesprächen und die Zufriedenheit mit den Resultaten variieren. Es war nicht Gegenstand dieser Studie, den Gesprächscharakter und –verlauf zu untersuchen, aber die in diesem Kontext ermittelten Schilderungen geben erste Hinweise auf Verfahrensabläufe, die Praxis der Beratung und das Verhältnis zwischen den Versicherten und dieser speziellen Versorgungsinstitution und ihren Vertreterinnen bzw. Vertretern. Die Reha-Beratung selbst wird als Teil eines administrativen Verfahrens wahrgenommen, worauf Begriffe wie, „Akte“, „Antrag“, „Bewilligung“ deuten. Erst über den persönlichen Kontakt im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme öffnet sich dieses Verfahren auf einer Beziehungsebene. Als ein wichtiges Ergebnis kann festgehalten werden, dass über diesen persönlichen Kontakt, d. h. auch über die telefonische Terminvergabe, ein Gesamteindruck der Institution ‚Rentenversicherung‘ transportiert wird. Sie hat als „Amt“ sowohl eine Machtposition in diesem Verhältnis inne als auch die Rolle eines Weichenstellers in der Gestaltung des Lebens, denn eine Rehabilitation, eine Umschulung und der Renteneintritt können markante Wendepunkte im Leben des Versicherten darstellen. Neben dieses Machtverhältnis tritt die Selbstbestimmung über die gefällten Entscheidungen des Amtes durch die Versicherten und relativiert damit wiederum dieses Gefälle.

In den Ausführungen zu dem Thema der Versorgungsinstitutionen wurde aus struktureller Sicht deutlich, dass die medizinische Behandlung im Akutsektor und in der Rehabilitationsklinik standardisierten Abläufen unterliegt; tritt man in dieses System ein, läuft alles automatisch ab. Daran schließt sich die Versorgung durch weitere Sektoren an, wie z. B. die Rentenversicherung für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das Arbeitsamt für die Arbeitsplatzsuche, die Krankenkasse für den Reha-Sport und das Versorgungsamt für den Schwerbehindertenausweis. Die Verlaufsstruktur lässt sich hier weniger linear und standardisiert beschreiben, sondern eher gegliedert und nebeneinander. Der Zugang in diese Systeme und zu den Leistungen wird zunehmend administrativer und ist durch die verschiedenen Voraussetzungen der Leistungen, Zuständigkeiten und Ansprechpartner für die Betroffenen schwieriger zu verstehen. In diesem Zusammenhang ist berufliche Neuorientierung und eine Rückkehr in das Arbeitsleben unter bedingter Gesundheit verknüpft mit unterschiedlichen Herausforderungen für die betreffenden Personen:

- Kontakt mit bisher unbekannten Versorgungssystemen und –leistungen
- die ständige Auseinandersetzung mit Rechten und Ansprüchen, aber auch mit Pflichten als Patientin oder Patient
- eine Position zwischen Abhängigkeit von Ämtern und Selbstbestimmtheit in Bezug auf deren Entscheidungen

Anknüpfend an die vorangegangenen Darstellungen über die Bedeutung von Gesundheit im Arbeitsleben wurde unter dem Blickwinkel möglicher Veränderungen zu früher erneut auf deren Stellenwert geblickt. Es zeigte sich, dass Gesundheit an Bedeutung gewonnen hat und sich ein Perspektivwechsel von Arbeit oder Gesundheit hin zu Arbeit und Gesundheit vollzogen hat. Früher wurde trotz Krankheit weitergearbeitet; heute wird diese Praxis vermieden und die Rücksichtnahme auf die eigene Gesundheit als langfristige Investition in die eigene berufliche Zukunft gesehen. Im Unterschied zu früher wird die eigene Gesundheit als Ressource bewertet, die es zu schützen gilt und die nicht mehr der Arbeit untergeordnet wird, sondern die Bedingungen des Arbeitsplatzes sowie private Verpflichtungen möglichst umfassend an der Gesundheit auszurichten. Darüber hinaus zeigt sich im Vergleich zu früher eine erhöhte Sensibilisierung für (wiederkehrende) Symptome und ein Bewusstsein für die auslösenden Risikofaktoren.

Ausdruck einer veränderten Sicht auf die eigene Gesundheit ist ein bewusster Umgang mit sich selbst, der sich im beruflichen und privaten Alltag in unterschiedliche Handlungsstrategien übersetzt. Sie zielen darauf ab, die Gesundheit zu schützen (z. B. Grenzen setzen), zu stärken (z. B. Fitness, Rückenschule) oder sich zu regenerieren (z. B. Pausen, Urlaub). Eine bedeutende Schlüsselkomponente, die diese spezifischen Handlungen in unterschiedlichen Zusammenhängen durchzieht, ist die Zeit. Sie steht in Verbindung mit der Arbeitszeit, denn durch eine bedarfsgerechte Zeiteinteilung im Arbeitsalltag, die ein langsames und schonenderes Arbeiten ermöglicht, wird langfristig etwas für die Gesundheit getan. Diese Arbeitsentschleunigung wirkt sich auf das Arbeitsverhältnis aus, denn typischerweise wird in der Arbeitswelt eine verdichtete und effiziente Arbeitsweise erwartet; eine Verlangsamung der Arbeitsabläufe wird von einzelnen Arbeitgebern als problematisch angesehen. Zeit steht ebenso im Zusammenhang mit einem sehr bewussten Ausgestalten und Genießen der Freizeit als Gegengewicht zum Arbeitsalltag und stellt darüber hinaus ein kritisches Moment dar, denn häufig wird zu wenig Zeit als Grund angeführt, warum kein Sport im Alltag integrierbar ist. Daran anknüpfend konnten weitere Hürden des Transfers von gesundheitsfördernden körperlichen Aktivitäten ermittelt werden: fehlende Motivation, finanzielle Aspekte sowie akute gesundheitliche Probleme.

Im Rückblick betrachtet vollzieht sich eine beachtenswerte Veränderung in der Sensibilisierung für gesundheitliche Probleme und deren Deutung. Treten erneut ähnliche Beschwerden auf oder

bahnen sie sich an, werden sie eindeutig als Ausdruck der jeweiligen Risikokonstellationen verstanden, und es wird versucht, ihnen gezielt entgegenzuwirken. Hierbei zeigt sich, dass es in der Regel konsequenter Bemühungen seitens der Betroffenen bedarf, Gesundheit und berufliche bzw. private Alltagspraxis in Einklang zu bringen. Je rigider die Rahmenbedingungen sind und je weniger persönliche Unterstützung vom Umfeld erfahren wird, desto schwieriger gestaltet sich dieser Balanceakt. Zugleich ist feststellbar, dass insbesondere psychische Belastungssituationen eine besondere Herausforderung darstellen, denn hier treffen meist komplexe Faktoren aufeinander, denen nur schwierig begegnet werden kann.

Die veränderte Sicht auf die eigene Gesundheit geht einher mit der Realisierung, dass die Gesundheitsproblematiken voraussichtlich lebenslang bestehen bleiben werden und deren Auswirkungen nur bedingt durch Gesundheitshandeln und Veränderungen der Rahmenbedingungen zu beeinflussen sind. Diese Gesichtspunkte erweisen sich als wegweisend für die weitere Zukunftsplanung. Gerahmt durch die aktuelle Arbeitsplatzsituation und bedingt durch das Lebensalter werden zwei unterschiedliche Szenarien entwickelt: ‚Zukunftsszenario Berufsweg-Gestaltung‘ und ‚AuslaufszENARIO Renteneintritt‘. Ersteres wird durch die jüngere Generation entworfen und durch Selbstsorge, berufliche Qualifizierungen und ein Ausloten verschiedener Richtungen gestaltet. Hinter dem Wunsch des frühzeitigen Renteneintritts der älteren Personen steht ein hohes Belastungsempfinden im beruflichen Alltag. Dieses wird hervorgerufen durch das Zusammenspiel zwischen der eingeschränkten Gesundheit und den bestehenden Arbeitsanforderungen. Auffallend ist bei den Personen, die wieder im Arbeitsleben stehen, dass die Folgen des Schlüsselerlebnisses erst wieder im Arbeitsleben bewusst erfahren und durch die Interaktion mit dem Umfeld, im Verhältnis mit den beruflichen Tätigkeitsanforderungen und Rahmenbedingungen spürbar werden.

Auch nach Wiedereintritt in das Erwerbsleben führt sich die Verarbeitung des Erlebten fort. Hinzu kommt ein grundlegendes Gefühl der Unsicherheit, dem durch spezifische Absicherungsmaßnahmen für die eigene Zukunft begegnet wird. Unsicher ist der langfristige Verlauf der Erkrankung, Einflussnahmemöglichkeiten auf diesen Verlauf sowie die langfristige Arbeitsplatzperspektive und zukünftige Erfüllbarkeit der tätigkeitsspezifischen Anforderungen unter bedingter Gesundheit. Entsprechend der beiden Szenarien nimmt insbesondere der Aspekt der Qualifizierung für die jüngere Personengruppe den Stellenwert einer Absicherung ein, denn durch den Erwerb neuer beruflicher Fähigkeiten und Wissensbestände werden weiterführende berufliche Wege eröffnet ggf. hin zu einer Tätigkeit, die bewusst nach den eigenen gesundheitlichen Bedarfen gewählt werden kann. Demgegenüber steht die Absicherung der Zukunft durch den Renteneintritt, die eine erwerbsunabhängige finanzielle Absicherung beinhalten kann und

tätigkeitsspezifische Belastungen ausschließt. Eine besondere Symbolkraft erfährt der Schwerbehindertenausweis im Zusammenhang mit einer objektivierten Statussicherung als erkrankter Mensch und einer damit verbundenen Sicherung bestimmter Vorteile im Arbeitsleben.

Im Folgenden gilt es, im abschließenden Kapitel das Spektrum der empirischen Ergebnisse mit den eingangs dargestellten theoretischen Überlegungen zusammenzuführen und damit einen Bogen zu den Ausgangsfragestellungen dieser Studie zu spannen. Die Diskussion der Ergebnisse bildet darüber hinaus die Basis, um praxisrelevante Handlungsansätze und weiterführende Forschungsfragestellungen zu formulieren.

5 Diskussion und Impulse für Forschung und Praxis

Sowohl auf internationaler Ebene als auch für Deutschland sind eine Vielzahl von Faktoren nachgewiesen, die belastend auf die Gesundheit von Beschäftigten wirken. Auch sind Variablen, die den Rückkehrprozess in das Erwerbsleben unterstützen, gut belegt. Doch in beiden Bereichen besteht weiterhin ein großer Forschungsbedarf, um über einzelne Faktoren hinaus komplexe Bedingungskonstellationen gesundheitsbedingter Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse zu verstehen. Noch weniger ist darüber bekannt, welchen Einfluss individuelle Einstellungen zu Arbeit, die Bedeutung von Erwerbsarbeit oder subjektive Konzepte von Gesundheit und Krankheit auf dieses Wechselspiel ausüben. Zudem stellt die biographische und lebensweltliche Rahmung der gesundheitsbedingten Ausstiegs-, Neuorientierungs-, und Rückkehrprozesse wie subjektive Bewertungen und die lebensgeschichtliche Bedeutung erwerbsbiographischer Brüche ein besonders interessantes und noch wenig untersuchtes Forschungsfeld dar. Grundlegend fehlen zudem vertiefende Erkenntnisse über die Phasen, Merkmale und Mechanismen der Bewältigung einer doppelten Brüchigkeit der Biographie, d. h. über die Bewältigung der chronischen Erkrankung und der vulnerablen beruflichen Situation.

Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie leisten einen Beitrag in diesem noch offenen Forschungsfeld, in dem Fragen in den Mittelpunkt gerückt wurden, die sich damit beschäftigen, wie sich gesundheitsbedingte Ausstiegsprozesse aus dem Erwerbsleben anbahnen, wie sie verlaufen, welche Faktoren den Prozess der beruflichen Neuorientierung bedingen und schließlich, in welchen Erfahrungs- und Handlungsräumen sich die Bewältigungsarbeit vollzieht. Ich folgte dabei der These, dass gesundheitsbedingte berufsbiographische Brüche in zweifacher Hinsicht entschlüsselt, bearbeitet und repariert werden müssen. Das „Leben zu einem Ganzen zusammensetzen“ (vgl. Corbin und Strauss 2004) bedeutet, sowohl die chronische Krankheit als auch die erzwungene erwerbsbiographische Veränderung zu bewältigen. Der Grundansatz dieser Untersuchung lag demnach in der Aufschlüsselung biographischer Bewältigungsarbeit im Kontext der beruflichen Neuorientierung. Diese Arbeitslinie wird nicht nur als flankierender Prozess der Krankheitsverlaufskurve erwähnt, sondern gezielt in den Mittelpunkt gerückt, um dadurch dem fundamentalen Bedeutungscharakter von Erwerbstätigkeit gerecht zu werden. Der Erkenntnisgewinn dieser Arbeit liegt meines Erachtens in dem vertiefenden Verständnis für die Wirkmechanismen gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse und in der Charakterisierung der individuellen beruflichen Aushandlungsprozesse auf dem Weg zurück in das Arbeitsleben. Kurzgefasst kann formuliert werden, dass erst über die Erkenntnisse von ‚Exit from Work‘ und die individu-

ellen Aushandlungen in der sich anschließenden Phase, die Einflussfaktoren auf ‚Return to Work‘ erschlossen werden konnten. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie unter den folgenden Bereichen zusammengeführt und diskutiert:

- Risikokonstellationen gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse
- Merkmale gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse
- Bewältigungsdimensionen des doppelten biographischen Bruchs
- Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung
- Erweitertes Verständnis von Return to Work

Im Zuge der Analyse wurden Fragen und Überlegungen aufgeworfen, die im Rahmen dieser Studie nicht weiter aufgegriffen werden konnten und daher im letzten Kapitel in praxisrelevante Handlungsansätze und in anknüpfende Forschungsfragen überführt werden.

5.1 Risikokonstellationen gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse

In dieser Studie konnten anhand der einzelnen Fälle eine Vielzahl von Risikokonstellationen, die den gesundheitsbedingten Ausstieg aus dem Erwerbsleben bedingen, sowie Ressourcen, die zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit beitragen, beschrieben werden. Das in dieser Arbeit in Kapitel 2.2.1 herangezogene arbeitspsychologische Stressmodell von Bamberg, Keller et al. (2012) bietet meiner Ansicht nach einen geeigneten Rahmen, um die in dieser Studie herausgearbeiteten Risikokonstellationen und Ressourcen in ein Modell zu überführen (Abbildung 35). Es zeigte sich jedoch, dass in dem gewählten Modell auf Seite der Stressoren und Risikofaktoren nur personenbezogene Risikofaktoren eine Rolle spielen und auf Seite der Bedingungen von Stressoren gesprochen wird. Anhand von vielzähligen Fachpublikationen als auch auf Basis der vorliegenden untersuchten Fälle lässt sich gut belegen, dass sich auch tätigkeitsbedingte Risikofaktoren negativ auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken können. Daher wurde in diesem Modell der Bereich der bedingungsbezogenen Risikofaktoren ergänzt und anhand der konkreten Ergebnisse aus dieser Untersuchung auf der einen Seite die Stressoren, Risikofaktoren und Ressourcen und auf der anderen Seite die Stressfolgen spezifiziert. Dazwischen liegt ein Bereich, in dem die Bewertung und die Bewältigung stattfinden und die Entfaltung von Risiken sowie die individuell unterschiedlichen Reaktionen auf die Stressoren bedingt. Es war nicht das Anliegen dieser Arbeit, diesen Bereich aus psychologischer Sicht in das Blickfeld zu rücken. Dennoch ergaben sich in der Analyse der Interviews wichtige Ansatzpunkte für diese Bewertungs- und Bewältigungsprozesse, die im Kontext dieser Forschungsarbeit einen starken Einfluss auf den gesundheitsbedingten Ausstieg aus dem Erwerbsleben ausgeübt haben.

In den folgenden Kapiteln (5.2, 5.3 und 5.4) werden die Bewertungs- und Bewältigungsprozesse nochmals aufgegriffen.

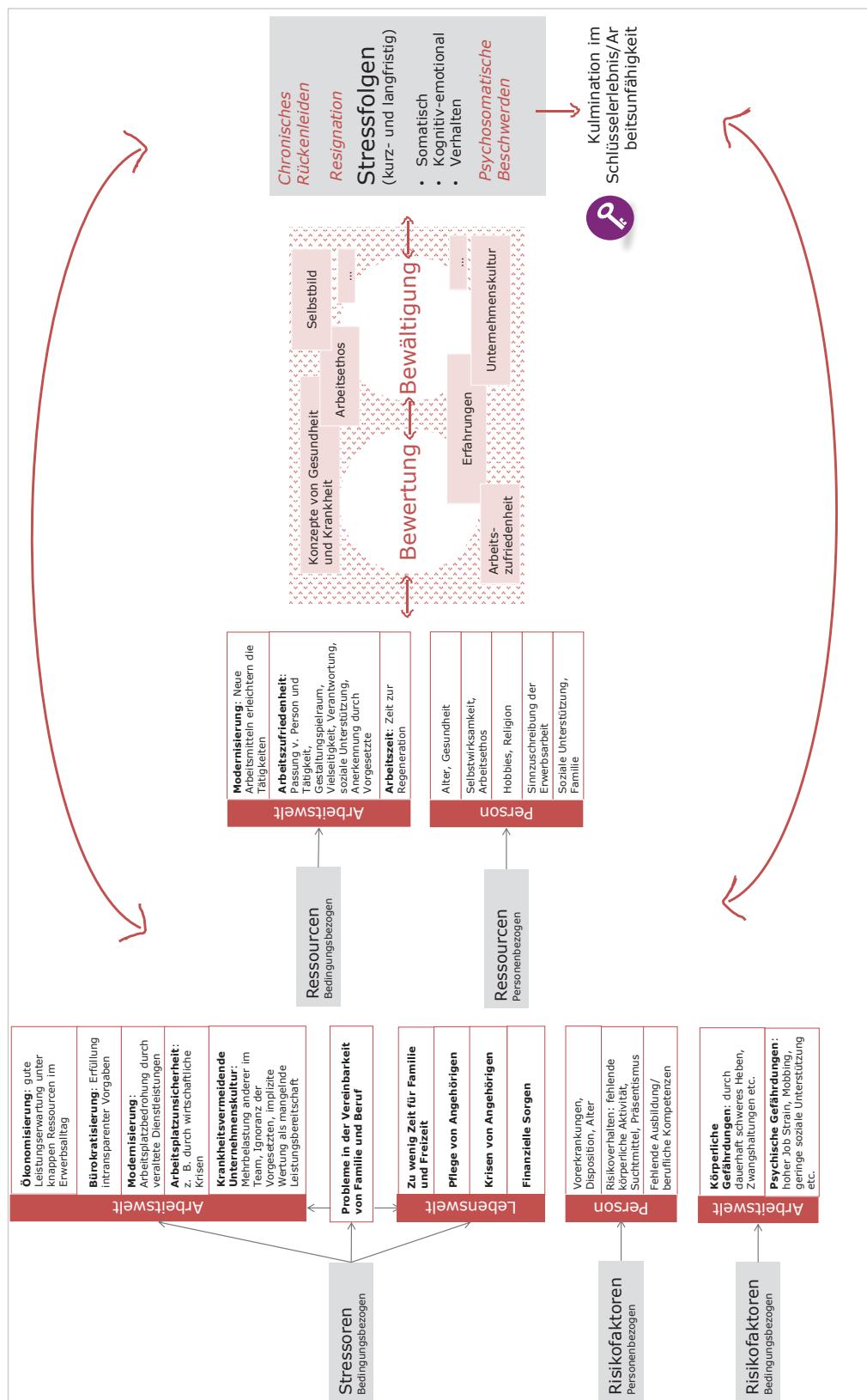


Abbildung 35: Erweitertes und spezifiziertes arbeitspsychologisches Stressmodell (nach: Bamberg, Keller et al. 2012)

Die in diesem Modell aufgeführten Stressoren und Ressourcen sind bereits in der Fachliteratur umfassend belegt (vgl. Kapitel 2.2.1) und werden vor diesem Hintergrund nicht im Einzelnen diskutiert¹²⁶. Stattdessen greife ich übergeordnete Aspekte heraus, die meiner Meinung nach eine erweiterte Perspektive auf die Frage nach der Entfaltung von Risikopotenzialen bieten. Im Hinblick auf eine solche Dynamik lässt sich grundsätzlich festhalten, dass Stressoren und Risikofaktoren zunehmend als belastend erlebt werden, wenn sie nicht mehr durch entsprechende Ressourcen kompensierbar sind. Kompensierbar heißt im Kontext dieser Studie, dass tätigkeits-spezifische Herausforderungen durch entsprechende personenbezogene oder bedingungsbezo-gene Ressourcen ausgeglichen werden können und ihr Risikopotenzial zunächst nicht oder nur begrenzt wirksam wird. Eine zentrale Ressource stellt dabei die Arbeitszufriedenheit dar, die eine Vielzahl von Stressoren und Risiken, z. B. tätigkeitsbedingte hohe körperliche und psychi-sche Anforderungen oder intransparente bürokratische Arbeitsprozesse über einen langen Zeit-raum für den Einzelnen in den Hintergrund rücken lässt. Die Arbeitszufriedenheit trägt damit ein hohes salutogenetisches Potenzial im Kontext der Arbeitsfähigkeit. Nimmt die Arbeitszu-friedenheit ab, z. B. durch fehlende soziale Unterstützung im Kollegium oder fehlende Aner-kennung durch die Vorgesetzten, werden die Risikopotenziale der einzelnen Stressoren und Faktoren wirksam und manifestieren sich stetig in Form von körperlichen und psychischen Be-schwerden. Eine besondere Gewichtung hat in diesem Zusammenhang die Sinnzuschreibung der eigenen Erwerbsarbeit, die sowohl als Komponente von Arbeitszufriedenheit als auch im Bereich personenbezogener Ressourcen gesondert zu verorten ist. Erleben Personen ihre Tätig-keit als sehr sinnvoll, können Stressoren eher kompensiert werden. Diese Erkenntnisse lassen sich sehr gut verknüpfen mit den in Kapitel 2.3.2 aufgeführten Faktoren von Udriș (2006), die erklären, wie Beschäftigte trotz hoher beruflicher Belastungen gesund bleiben, wohingegen andere erkranken. Hier finden sich in Grundzügen die von mir herausgearbeiteten Aspekte von Arbeitszufriedenheit wieder wie Gestaltungsspielraum, soziale Unterstützung, Sinnhaftigkeit der Arbeit oder Anforderungsvielfalt. Eine weitere Arbeit in diesem Kontext ist die Studie von Beck, Bonn et al. (2010), die unter dem Titel „Salutogenese am Arbeitsplatz“ die Erkenntnisse gesundheitsförderlicher Potenziale von Erwerbsarbeit mit Methoden der Gesundheitsförderung und Organisationentwicklung verknüpfen und diese praktisch im Bereich der Pflege anwenden. Sie konnten so gezielt Verbesserungsmaßnahmen implementieren, die sich am Aufbau der zuvor

¹²⁶ Lediglich die Kategorie ‚Flexibilisierung‘ konnte nicht expliziert als Stressor herausgestellt werden, vermutlich wegen des begrenzten Spektrums der jeweiligen beruflichen Kontexte in dieser Studie.

ermittelten Gesundheitspotenziale orientieren. Gleichzeitig verweisen sie auf Grenzen der Implementierung eines solchen Analyse- und Implementierungsmodells in der Praxis.

„Eine in diesem Sinne gesunde Arbeit ist nicht nur präventionswirksam, sondern kann sich auch günstig auf die Produktivität und Qualität der Arbeit auswirken. Ob und inwiefern das gelingt, ist kein Zufall, sondern Produkt der betrieblichen Organisation und Gestaltung der Arbeit und damit (re-)organisierbar. [...] Bei alledem muss aber bewusst sein und bleiben, dass die Frage, ob und inwiefern diese Chancen genutzt werden, nur in begrenztem Maß eine Frage von Techniken und Methoden der Organisationsentwicklung ist, sondern in erster Linie eine Funktion der bestehenden Deutungsangebote, Zeitressourcen, materiellen Ressourcen und vor allem Machtverhältnisse im Betrieb.“ (ebd., S. 13)

Insgesamt denke ich, dass die Fragestellung nach salutogenetischen Faktoren im Arbeitskontext einen Forschungsgegenstand darstellt, der bisher noch zu wenig Beachtung gefunden hat.

Darüber hinaus stellten sich einzelne bedingungsbezogene Stressoren in der Arbeitswelt als nur begrenzt durch Ressourcen kompensierbar dar: die Arbeitsplatzunsicherheit und die krankheitsvermeidende Unternehmenskultur. Beide Aspekte wirken in unterschiedlicher Weise als starke gesundheitliche Stressoren und können über einen längeren Zeitraum eine starke pathogenetische Wirkung entfalten. Während Arbeitsplatzunsicherheit bei dem befragten Personenkreis eher als latente Bedrohung des eigenen Arbeitsplatzes empfunden wird, erleben sie eine negative Bewertung von Krankheit im Kollegium und im Unternehmen zum Teil sehr direkt im Arbeitsalltag und verinnerlichen diese Erfahrungen im Sinne einer beruflichen Sozialisation, die sich nach Walter R. Heinz wie folgt definieren lässt:

„Die im Arbeitsprozeß in bestimmten Arbeitsorganisationen und Betriebshierarchien gemachten Erfahrungen, die das Verhältnis des Arbeitenden gegenüber Arbeitsinhalt, -bedingungen und -resultaten konkretisieren und im gesamten (biographischen und aktuellen) Lebenszusammenhang bewußtseinsbildende, persönlichkeitsfördernde, aber auch persönlichkeitsdeformierende Auswirkungen besitzen können.“ (Heinz 1998, S. 500)

Die eigene Erkrankung stellt damit in zweifacher Weise ein subjektiv erlebtes Risiko dar: sie ist ein Störfaktor im Unternehmensalltag und kann ein bestehendes prekäres Beschäftigungsverhältnis zusätzlich verschärfen. Eingebettet in diese Erfahrungen war bei allen befragten Personen das Phänomen des Präsentismus zu beobachten, d. h. trotz gesundheitlicher Beschwerden arbeiten zu gehen und diese in den privaten Kontext zu verlagern. Dies kann als eine Facette von Selbst-Ökonomisierung des Arbeitskraftunternehmers verstanden werden, in der dieser seine Arbeitskraft unter allen Umständen als Ressource in den Arbeitsprozess einbringt. Gleichzeitig bestätigen meine Ergebnisse die in der Forschungsliteratur nachgewiesenen Kontroversen in Bezug auf Präsentismus, denn dieser beruht nicht allein auf negativen Mechanismen wie Arbeitsplatzunsicherheit, hohen Arbeitsanforderung und wenig sozialer Unterstützung im Arbeitskontext, sondern kann durchaus auch ein Ausdruck einer hohen Arbeitszufriedenheit und eines

hohen Engagements sein (Miraglia und Johns 2016). Dennoch verweisen die Diskussionen um das Phänomen des Präsentismus tendenziell stärker auf die negativen Anreize, krank zur Arbeit zu gehen und auf die durch die Arbeitsbedingungen produzierten „Mechanismen der Krankheitsverleugnung“ (Zok 2008, S. 128), die in enger Verbindung zur (eingeschränkten) subjektiven Wertschätzung der eigenen Gesundheit stehen. Die „Macht der Angst“, so heißt es dazu im Fehlzeitenreport 1999, hat im betriebswirtschaftlichen Kontext einen deutlichen Zuwachs erhalten (Stegmann 2000). Ich möchte an dieser Stelle die Studie von Hardering (2011) heranziehen, in der sie die neuen Unsicherheiten in Arbeit und Biographie einer Analyse unterzieht und zu dem Schluss kommt, dass die Figur des „Arbeitskraftunternehmers“ ständiger Angst vor der Exklusion unterliegt und das „unternehmerische Selbst“ eine Strategie für die Minderung von Exklusion darstellt (ebd., S. 176f). Die Befragungsdaten des Fehlzeitenreports 2007 belegen, dass mehr als jeder zweite Arbeitnehmer mit „Angst vor Arbeitsplatzverlust“ (54,2 %) zu kämpfen hat (Zok 2008, S. 126). Zugleich zeigen diese Daten, dass die Kumulation mehrerer Risiken (z. B. gesundheitliche Probleme und Erfahrungen mit Personalabbau im Unternehmen) zu einem deutlichen Anstieg von Präsentismus bei den Beschäftigten führen (ebd., S. 131). Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen befinden sich demnach in einem besonders ausweglosen Spannungsverhältnis, das zwangsläufig zur Exklusion aus dem Arbeitsprozess führt: kurzfristig, wenn sie sich krankmelden, und langfristig, wenn sie unter Beschwerden weiterarbeiten. Auch Hien (2009) resümiert auf Basis seiner qualitativen Studien zum Thema Arbeit und Gesundheit:

„Die Wahrnehmung von Belastungszumutungen als solche, die Ahnung von negativen Belastungsfolgen muss unterdrückt und verleugnet werden, um nicht einen Ausschluss aus dem Arbeitssystem zu riskieren. Eine Integration vorsorgender Sichtweisen und Praktiken in den Arbeitsprozess erscheint als nicht machbar, nicht vorstellbar oder schlicht aussichtslos. Irgendwann brechen schwere Krankheiten über einen »herein«, und mit einem Mal spürt man, dass man vielleicht über Jahre oder Jahrzehnte hinweg »etwas falsch gemacht« hat.“ (ebd., S. 153)

Im Hinblick auf die Auswirkung von Arbeitsplatzunsicherheit belegten Barrech, Baumert et al. (2016a) in einer aktuellen Studie, dass erlebte arbeitsmarktbedingte Arbeitsplatzunsicherheit im mittleren Lebensalter mit einem schlechteren subjektiven Wohlbefinden im Ruhestand ca. 20 Jahre später assoziiert ist; also langfristig negative Auswirkungen hat. Dies ist besonders brennend, da die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hindeuten, dass die ohnehin existierende arbeitsmarktbedingte Arbeitsplatzunsicherheit durch gesundheitliche Krisen verstärkt werden kann. Welche Auswirkungen diese zweifache (arbeitsmarkt- und gesundheitsbedingte) Arbeitsplatzunsicherheit langfristig insbesondere auf jüngere Menschen ausübt, ist eine noch offene Forschungsfrage.

Ein weiterer Faktor auf Seiten der Stressoren stellt die Schwierigkeit dar, Familie und Erwerbsarbeit in Einklang zu bringen, was sowohl von Frauen als auch von Männern in dieser Studie berichtet wird. Männer betonen, zu wenig Zeit für die Familie und für Freizeit zu haben, und Frauen problematisieren die organisatorischen Herausforderungen, die sich durch die Versorgung der Kinder und pflegebedürftiger Angehöriger ergeben. Das Problem der Vereinbarkeit fällt in bestimmten Phasen des Lebensverlaufs (z. B. als junge Eltern) besonders ins Gewicht und kann zusätzlich zu bestehenden Risikokonstellationen im Erwerbskontext belastend wirken.

Anhand des Fallmaterials lässt sich gut belegen, dass das Zusammenwirken unterschiedlicher Stressoren über einen längeren Zeitraum Risikokonstellationen bedingen und eine „Belastungskarriere“ (Dragano 2007, S. 23) kennzeichnen. Wirft man einen genauen Blick auf den Bereich der Stressfolgen, zeichnen sich bereits lange vor dem Schlüsselereignis die Wirkungen der täglichen Risikokonstellationen ab, die von den Betroffenen retrospektiv durch den Begriff der Spirale (vgl. Kapitel 4.2.1.1) charakterisiert werden. Im Folgenden werden die Merkmale gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse zusammengeführt.

5.2 Merkmale gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse

Der gesundheitsbedingte Ausstieg aus dem Berufsleben vollzieht sich in der Regel schleichend. Mit zunehmender Intensität der Beschwerden kulminiert die z. T. jahrelange Leidensphase in einem Schlüsselerlebnis, das die Betroffenen aus der beruflichen Bahn wirft und zahlreiche Veränderungen sowohl im beruflichen als auch im privaten Lebensbereich auslöst. Bezeichnend ist, dass Warnsignale über einen langen Zeitraum unterdrückt und reguliert werden bis eine neue Eskalationsstufe erreicht ist. In diesem Sinne lässt sich damit ein Verlauf beschreiben, der unkontrollierbare Gestalt annimmt und aus dem man nur schwer ausbrechen kann. Diese Spirale wird flankiert durch spezifische ‚Marker‘, die in Abbildung 36 illustrativ zusammengefasst werden.

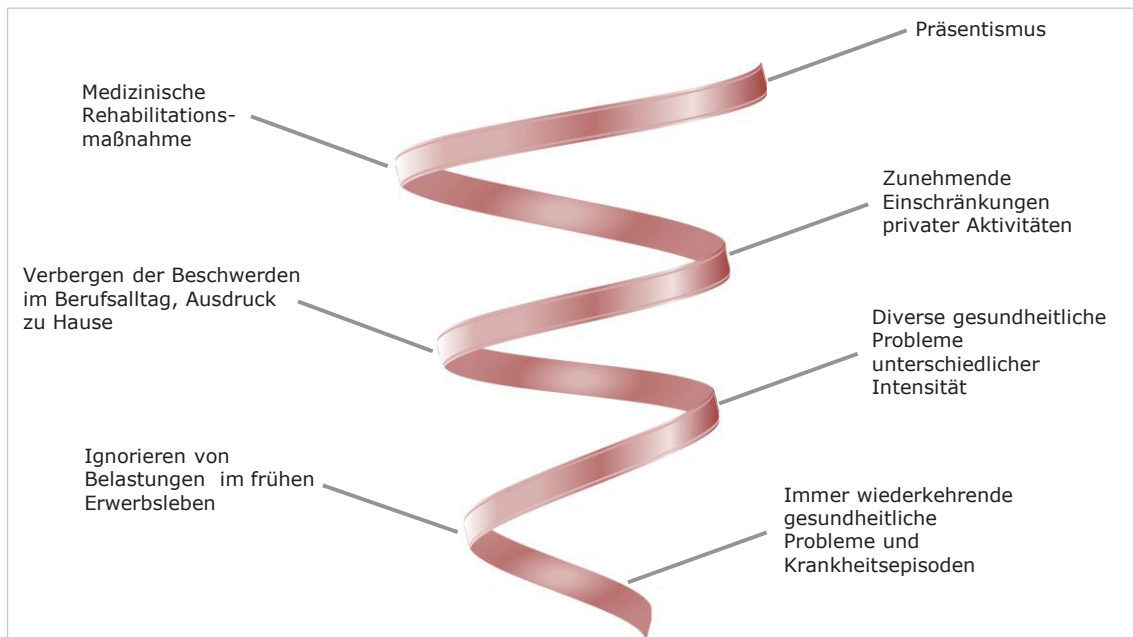


Abbildung 36: Marker im Ausstiegsprozess

In diesem Zusammenhang sehe ich im Verlaufskurvenskript von Schütze (2006), das ich in Kapitel 2.3.2 dieser Arbeit heranzog, einen geeigneten Ansatz, um den Verlauf des Ausstiegsprozesses nachzuzeichnen und dabei biographische Handlungsschemata mit den einzelnen Stadien und Mechanismen der Entfaltung dieser Verlaufskurven zu verknüpfen. Die Verlaufskurve des Erleidens findet sich in mehr oder weniger ausgeprägter Form in den untersuchten Fällen dieser Studie wieder, denn „die Betroffenen vermögen nicht mehr aktiv zu handeln, sondern sie sind durch als übermächtig erlebte Ereignisse und deren Rahmenbedingungen getrieben und zu rein reaktiven Verhaltensweisen gezwungen“ (Schütze 2006, S. 212f). Legt man die einzelnen Stadien der Verlaufskurve auf die einzelnen Fälle und auf die untersuchten gesundheitsbedingten biographischen Krisen, beschreiben sie sehr treffend die rekonstruierten Verläufe und ermöglichen deren verdichtete Zusammenführung. Die Marker bilden in diesem Modell einen allmählichen und sich über die Lebensspanne hinweg vollziehenden Aufbau eines Bedingungsrahmens für das Wirksamwerden einer Verlaufskurve (Verlaufskurvenpotenzial). Präsentismus, wiederkehrende Krankheitsepisoden und das Verdrängen von Beschwerden im beruflichen Alltag potenzieren sich über den Zeitverlauf hin zu einem Schlüsselerlebnis, d. h. der plötzlichen Überschreitung des Verlaufskurvenpotenzials, in dem dieses in einem akuten Krankheitsausbruch wirksam wird. Bei genauer Betrachtung der individuellen Verlaufskurven stößt man auf kollektive Verlaufskurven, die nach Schütze z. B. als äußere Zwänge, Kontrollen und gesellschaftliche Umbrüche definiert sind. Das zuvor spezifizierte Stressmodell macht in diesem

Zusammenhang einige Komponenten kollektiver Verlaufskurven sichtbar wie eine krankheitsvermeidende Unternehmenskultur und Abwertungen der kranken Person, die sich wiederum in Erfahrungsräume einer flexibilisierten, leistungsorientierten Arbeitswelt einbetten.

Im Hinblick auf die Stadien der Alltagsbewältigung nach dem Schlüsselerlebnis können in dieser Untersuchung die von Schütze beschriebenen Prozesse, in denen die Betroffenen versuchen, sich ein neues Lebensarrangement aufzubauen und dabei zunächst ein labiles Gleichgewicht der Alltagsbewältigung erreichen, bestätigt werden. Dieses ‚Trudeln‘ zwischen stabilen und instabilen Phasen der Verlaufskurve übt einen starken Einfluss auf das Selbstbild aus und beeinflusst darüber hinaus die beruflichen Zukunftsplanungen.

Im Rückblick auf die Ereignisse der vergangenen Zeit reflektieren die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner bewusst die eigene Rolle im Krankheitsgeschehen und rücken dabei eigene Verhaltensweisen und Einstellungen in den Vordergrund (vgl. Kapitel 4.3.1). Diese theoretische Verarbeitung der Verlaufskurve zeigt allerdings keine eindeutige Verarbeitung in eine der beiden von Schütze beschriebenen Richtungen (Übernahme fremder Erklärungen oder selbst gleitet). Vielmehr wird eine Mischform der theoretischen Verarbeitung der Verlaufskurve sichtbar, in der sowohl fremde (z. B. in der Rehabilitation erarbeitete Sichtweisen) als auch individuelle erfahrungsbasierte Erklärungen integriert werden.

Ein wesentliches Definitionsmerkmal der neuen Lebenssituation – Schütze spricht hier von einer radikalen Neudefinition – stellt die zunehmende Gewichtung der eigenen Gesundheit dar. Dies äußert sich in einer stärkeren Verortung am Krankheitspol eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (Antonovsky 1979), das ich in Kapitel 2.3.1 ausführte, und eine damit einhergehende Abgrenzung von der Gruppe der Gesunden. Mit dieser Verschiebung hat sich der temporäre Status des Krankseins in einem dauerhaften Krankheitsstatus manifestiert. In Abbildung 37 ist zusammengeführt, welche Bedingungen dazu führen, dass sich die Betroffenen aus dieser Studie tendenziell eher am Krankheitspol verorten.



Abbildung 37: Bedingungen einer Verortung am Krankheitspol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums

Hier zeigt sich, dass sowohl subjektives Befinden, medizinische Aspekte und Teilhabeaspekte den Bereich der Krankheit untermauern. Durch eine Krankheit dauerhaft beeinträchtigt zu sein ist aus Sicht der betroffenen Person nicht gleichzusetzen mit Kranksein, das eher als ein zeitlich begrenzter und durch eine Krankschreibung objektivierter Zustand im Erwerbskontext beschrieben wurde. Eine Krankheit zu haben bzw. der Zustand des Krankseins ist, so ist aus der Forschung bekannt, ein durch Diagnosen objektivierter Zustand und unterliegt zugleich individuellen Wahrnehmungen „In practice, [...] it may help explain gaps in understanding and miscommunication between health care professionals and patients/injured workers, since each has their own perception of reality.“ (Coutu, Cote et al. 2014, S. 21) Mit dieser Aussage wird unterstrichen, wofür Marstedt und Mergner (1993) bereits in den 90er Jahren plädierten, nämlich die Kategorisierung von Gesundheit und Krankheit „zugunsten einer differenzierten Klassifikation des breiten „Graubereichs“ von Befindens- wie Leistungsbeeinträchtigungen fallenzulassen“ (ebd., S. 245). In der sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Bereich sollte berücksichtigt werden, dass die jeweiligen Definitionsträger der Kategorien immer auch Entscheidungsträger sind: Betroffene z. B. über die Weitererfüllung beruflicher Pflichten oder Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, professionelle Akteure über z. B. die Behandlungsbedürftigkeit; Stakeholder des Versicherungssystems über die Legitimität von Ansprüchen und Personen aus dem sozialen Umfeld über z. B. die Hilfebedürftigkeit (ebd., S. 244).

An dieser Stelle lohnt sich ein kurzer Exkurs in die Gesundheitspsychologie unter Hinzuziehung der Studien von Baumann, Cameron et al. (1989) und Bishop (1991) in denen drei implizite

Regeln identifiziert wurden, die eine Person heranzieht, um zu beurteilen, ob sie sich als krank bezeichnen würde oder nicht. Dies sind im Einzelnen die „*symmetry rule*“ – es müssen Symptome vorhanden sein, die den Diagnosen entsprechen und umgekehrt, die „*age-illness rule*“ nach der Beschwerden durch die Betroffenen als alterstypisch bewertet werden und die „*duration rule*“, die besagt, dass Patienten sich insbesondere nach einem langdauernden und intensiven Schmerz als krank bezeichneten. In der Konsequenz unterstreichen diese skizzierten Aspekte der Repräsentation von Krankheit einerseits die in dieser Studie aufgezeigten Blickrichtungen der Betroffenen auf ihre Gesundheit und Erkrankung, die von ärztlichen Meinungen abweichen können, z. B. in dem die Person gesundheitliche Beschwerden normalisiert, ein Arzt aber eine Krankschreibung aussprechen würde. Andererseits schärft dieser gesundheitspsychologische Ansatz ein Verständnis für die individuellen Bewertungen gesundheitlicher Beschwerden und Ursachenzuschreibungen im Arbeitskontext. Um es alltagssprachlich auszudrücken: so lange man in der Arbeitswelt funktioniert, gilt man als gesund; trotz spürbarer körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen. Gesundheit ist demnach nicht nur das „Schweigen der Organe“ (René Leriche (1879–1955)), sondern bildet klar die Dimensionen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells ab, demnach die individuelle Leistungsfähigkeit und der damit verbundenen Möglichkeit einer sozialen, gesellschaftlichen und erwerbsbezogenen Teilhabe immer mit Kontextfaktoren in Relation steht. Beispielsweise können Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit stark durch personale und umweltbezogene Kontextfaktoren beeinträchtigt werden, wenn diese die individuellen Kompensationsmöglichkeiten von Belastungen (z. B. hoher Arbeitsethos führt zur Verausgabung, oder Überstunden schränken Regeneration ein) begrenzen.

In der Zusammenschau des Themenbereiches Gesundheit/Krankheit wird in Ansätzen ein Konzept von Gesundheit und Krankheit sichtbar, das in der Vorstellung liegt, Gesundheit kann nur bedingt im Lebensverlauf durch eigene Vorkehrungen erhalten werden, da zusätzlich Faktoren wirksam sind, die außerhalb des eigenen Einflussradius liegen wie bspw. tätigkeitsbedingte Belastungen, genetische Veranlagungen oder altersbedingte Veränderungen.

Es ist eine Normalisierung von gesundheitlichen Problemen im Erwerbsleben zu beobachten. Unter milieuspezifischer Betrachtung (Wippermann, Arnold et al. 2011) (vgl. Kapitel 2.3.1) könnten die interviewten Personen den „Traditionsverwurzelten“ zugeordnet werden, bei denen der körperliche Verschleiß als „normal“ gilt und Beschwerden so lange wie möglich ausgehalten werden. Der „Durchhaltewillen“ ist in dieser Gruppe besonders ausgeprägt (ebd., S. 45).

Mit Blick auf die von den Betroffenen reflektierten multifaktoriellen Risikokonstellationen bestätigen sich in der vorliegenden Studie die von Faltermaier, Kühnlein et al. (1998) entwickelten

subjektiven Gesundheitstheorien (Risikotheorien, Ressourcentheorie, Ausgleichs- und Balance-theorie sowie Schicksalstheorie) (vgl. Kapitel 2.3.1). Es zeichnet sich darüber hinaus ab, dass, bezogen auf Konzepte von Gesundheit und Krankheit und daraus abgeleiteten Handlungsräumen, ein Unterschied zwischen der Zeit vor dem Schlüsselerlebnis und der Zeit danach liegt. Vorher stand die Vermeidung von nach außen getragendem Kranksein im Vordergrund, und Gesundheit trat nicht als gesondertes Konstrukt hervor. Dies steht im Gegensatz zum gegenwärtigen Zeitpunkt, zu dem der Erhalt von Gesundheit in den Vordergrund gerückt ist und nun gesundheitliche Risiken vermieden werden. Noch prägnanter wird diese Verschiebung zwischen dem ersten und dem zweiten Interviewzeitpunkt. Gesundheit wird zum zweiten Interviewzeitpunkt, also mit einem zeitlichen Abstand zum Schlüsselerlebnis, als Ressource für das private und das berufliche Leben beschrieben, und die Betroffenen sind stärker als früher für die eigenen körperlichen und psychischen Grenzen sensibilisiert. Zum ersten Interviewzeitpunkt stand noch mehr die Behandlung von Symptomen im Vordergrund und weniger die Reflexion über die Bedeutung von Gesundheit für das eigene Leben sowie die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf die verbleibende Lebenszeit. Die theoretischen Abhandlungen zu Gesundheit- bzw. Krankheitskonzepten berücksichtigen meiner Ansicht nach diesen spezifischen Veränderungscharakter nur implizit. Die in dieser Arbeit aufgeworfenen Erkenntnisse auf Basis unterschiedlicher Interviewzeitpunkte verweisen exemplarisch auf diese Veränderungsdynamiken im Laufe der Zeit und in Abhängigkeit der Krankheitserfahrungen und Kontextfaktoren.

Faltermaiers herausgearbeitete Veränderungsdynamiken von Krankheit und Gesundheit (On-Off, Reduktion, Regeneration, Expansion) beziehen sich nicht auf die Veränderungen der subjektiven Theorien selbst. Studien zu diesem Themenfeld stehen aus, die diese Veränderungsprozesse in Konzepten zu Gesundheit und Krankheit in der Lebensspanne untersuchen und dabei die Lebensphasen, gesundheitliche Krisenerfahrungen, familiäre Prägungen, Tradierungen und Praxen in der Herkunfts- und Gegenwartsfamilie berücksichtigen. Der weiterführende Blick meiner Arbeit richtet sich auf das betroffene Individuum, das durch die erfolgte Positionierung im Bereich von Krankheit eine neue Perspektive einnimmt. Aus dieser neuen Position heraus wird zurückgeblickt auf die gesundheitsbelastenden Bedingungskonstellationen, vollzieht sich die Bewertung der aktuellen Situation, und es werden berufliche Zukunftsszenarien entwickelt. Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit dienen als leitende Referenzpunkte im persönlichen lebensweltlichen Diskurs und in Bezug auf den Rehabilitationsprozess (Coutu, Cote et al. 2014). Eine weiterhin bestehende gesundheitliche Vulnerabilität ist bei allen Betroffenen zu beobachten und diese ist stetig präsent in der eigenen Zukunftsplanung. Vorausschauend werden in diesem Zusammenhang Strategien entwickelt, um diese Belastungen in Zukunft zu minimie-

ren und den Fokus stärker auf die eigenen Bedürfnisse zu lenken. Diese Ergebnisse untermauern die von Fischer ausgewiesenen „temporalen Strukturen“ chronischer Erkrankungen (Fischer 1986), die auf eine neue Dimensionalisierung der Lebens- und Alltagszeit (vgl. Kapitel 2.3.2) verweisen und in dieser Studie für den Bereich des berufsbiographischen Kontextes spezifiziert werden. Fischer unterscheidet zwischen unterschiedlichen lebenszeitlichen Strängen, von denen einer die berufliche Karriere ist. Verändert sich die temporale Ordnung eines Lebensstrangs, berührt dies unweigerlich andere Teilstränge wie das Familienleben, die Freizeit oder das Verhältnis zur Leiblichkeit.

„Akute Krisen, die Entwicklung der Symptomatik und das Durchleben der trajectory in ihren Phasen beziehen sich einmal auf das ganze Leben, weil in ihnen aus der Perspektive einer neuen Gegenwart sich die Inhalte der Vergangenheit und Zukunft neu konstituieren in einer Bestimmung der personalen und sozialen Identität. Zum andern lassen sich ihre spezifischen Konsequenzen ausdifferenzieren in lebenszeitlichen Strängen, die ihrerseits temporal konstituiert sind.“ (ebd., S. 162).

In welcher Form die Verlaufskurve bearbeitet und kontrolliert wird, zeigt sich eindrücklich zum zweiten Interviewzeitpunkt, also ca. ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme. Zu diesem Zeitpunkt wird besonders deutlich, dass die in meiner Arbeit rekonstruierte Verlaufskurve, sowohl gesundheitliche Krisen als auch erwerbsbiographische Brüche beschreibt und damit die doppelte Brüchigkeit der Biographie veranschaulicht. Ausgehend von dem erhöhten Stellenwert der eigenen Gesundheit und der weiterhin als vulnerabel empfundenen gesundheitlichen Situation lassen sich unterschiedliche Strategien des Gesundheitshandelns ermitteln. Die stets latente gesundheitliche Krise wird kontrolliert durch die Stärkung der eigenen Gesundheit (z. B. Sport) und Regeneration (z. B. Hobbies ausüben) und gezielte Schutzmechanismen (z. B. Entschleunigung der Tätigkeiten) im privaten Alltag und im Arbeitskontext. Übergeordnet können zwei Gestalten von Zukunftsszenarien herausgearbeitet werden, die sich in ihren Ausrichtungen anhand der Altersgruppen der sechs Interviewpartnerinnen und Interviewpartner unterscheiden lassen. Das Szenario der ‚Berufsweg-Gestaltung‘ wird von den Jüngeren entwickelt, das Szenario des ‚Renteneintritts‘ von den Älteren (50+). Verbindendes Element in allen Zukunftsszenarien ist der Fokus auf die Lebensqualität. Unter einer differenzierten Perspektive finden sich in den von mir analysierten Fällen in Ansätzen die von Schütze beschriebenen Formen der Bearbeitung wieder: Flucht aus der verlaufskurvenförmigen Lebenssituation (durch Renteneintritt), systematische Organisation des Lebens mit der Verlaufskurve (tägliche Balance zwischen Beanspruchung der Arbeit und Gesundheit) oder systematische Eliminierung des Verlaufskurvenpotentials (Risikofaktoren in der Arbeit mindern).

Die in diesem Abschnitt charakterisierten Merkmale gesundheitsbedingter Ausstiegsprozesse verweisen auf die unterschiedlichen zu bewältigenden Anforderungen, die sich durch die

Erkrankung und die daraus resultierenden Folgen für den privaten und beruflichen Alltag ergeben. Diese spezifischen Bewältigungsanforderungen werden im Folgenden zusammengetragen.

5.3 Bewältigungsdimensionen des doppelten biographischen Bruchs

Der gesundheitsbedingte Bruch scheint die persönlichen Lebensentwürfe maßgeblich verändert zu haben, und die von Charmaz (1983) herausgearbeitete „Fragilität des Lebens“ (ebd., S. 191) als Folge des Krankheitsgeschehens ist auch in der vorliegenden Untersuchung zu beobachten. Gesundheitsbedingte Brüche, die mehr oder weniger unerwartet eintraten, stellen für die Betroffenen eine spezielle Form der berufsbiographischen Diskontinuität dar. Der Erwartungsfahrplan wird von der faktischen Krankheitsverlaufskurve durchbrochen (Schütze 1981, S. 88) und stellt die Betroffenen vor die Aufgabe „ein neues Lebensarrangement mit der chronischen Krankheit zu entwerfen, zu realisieren und aufrecht zu erhalten“ (Detka 2007: 3). Es findet in gewisser Weise ein „Sturz in eine andere Wirklichkeit“ statt (Gerdes 1986, S. 1). Im Laufe der Erhebungen nahm die Bestürzung über den Verlust des alten Berufes eine deutliche Gestalt an. Dieses Verlusterlebnis prägte das Erleben des nachfolgenden Prozesses der beruflichen Neuorientierung massiv. Gleichzeitig war beobachtbar, dass dieser gesundheitsbedingte Bruch als Chance genutzt wurde, die Lebensqualität stärker im Leben und auch im Erwerbsleben zu fokussieren.

Stellt man nun die Frage an das Datenmaterial, was im Kontext der Erkrankung und beruflichen Neuorientierung in welchen Phasen bewältigt werden muss, wird die Komplexität der Herausforderungen für die Betroffenen deutlich. Es liegen bereits umfassende Erkenntnisse über die Bewältigung chronischer Erkrankung vor, ohne dabei jedoch die erwerbsspezifischen Herausforderungen gezielt auszuformulieren. Auch in theoretischen Modellen zu RTW (Costa-Black, Feuerstein et al. 2014) und Beschäftigungsfähigkeit (Guilbert, Bernaud et al. 2016) (vgl. Kapitel 2.2.1) wird Coping auf Seiten der Personen als ein Einflussfaktor auf den Rückkehrprozess in das Arbeitsleben benannt, ohne dabei aufzuschlüsseln, welche Bewältigungsherausforderungen z. B. im Verlauf des RTW vorliegen. Eine der wenigen Arbeiten zu diesem Thema stellt die aktuelle Studie von Kardorff, Meschnig et al. (2016, unveröffentlicht) zu RTW nach beruflicher Rehabilitation dar. Sie arbeiten vier zentrale Arbeitslinien im Prozess des RTW heraus:

- **biografische Arbeit** (Lebensalter/Lebensstadium im Verhältnis zur Selbstpositionierung der eigenen Identität und zum (individuellen/familiären) Zukunftsentwurf,
- **Balancearbeit**: Verschiebungen in den Prioritäten zwischen Familie und Arbeit,

- **Selbstsorge:** Umgang mit Belastungen/Krankheit im Kontext beruflicher und alltagsbezogener Anforderungen sowie subjektive Bedeutung von Gesundheit und
- **Berufsbezogene Arbeit:** Strategien der beruflichen Positionierung, der Ambitionen und des Ressourceneinsatzes am Arbeitsplatz und unter den Bedingungen von Arbeitslosigkeit (ebd., S. 29).

Mit den Ergebnissen meiner Studie können die spezifischen Bewältigungs Herausforderungen gesundheitsbedingter Ausstiegs- und Rückkehrprozesse aus dem Erwerbsleben in Ergänzung zu diesen vier Arbeitslinien näher beschrieben werden. In der übergeordneten Zusammenschau der Ergebnisse zur Frage der Bewältigungs Herausforderungen ergibt sich das Bild des prägenden und zukunftsweisenden Einflusses der vergangenen Erfahrungen und der weiterhin bestehenden, wenn auch z. T. latenten gesundheitlichen Problemlage,

- auf das gegenwärtige Verhältnis zur beruflichen Tätigkeit und ‚Arbeit‘ insgesamt,
- das Verhalten während der Ausübung von Tätigkeiten sowie
- im Hinblick auf die zukünftige Lebenswegplanung.

Das Schlüsselerlebnis als akutes Krisenerlebnis, also der Kulminationspunkt aufsummierter Belastungen über einen längeren Zeitraum hinweg, nimmt unter der Perspektive der Bewältigungsanforderungen eine präsente Stellung ein – sowohl während der akuten Krankheitsphase als auch im späteren Verlauf durch die ausgelösten Veränderungen auf personaler und kontextueller Ebene. Das gesundheitliche krisenhafte Ereignis wird als Bruch im Leben empfunden. Es findet im Rückblick eine Strukturierung des Lebens in die Zeit vor und die Zeit nach dieser Krise statt. Auch Pfeffer (2010) beschreibt in ihrer Studie über die Bewältigung chronischer Erkrankungen diese zeitliche Strukturierung des Lebensverlaufs durch die Krankheitserfahrung (ebd., S. 276). Dieses Erlebnis bleibt den Betroffenen in meiner Studie als worst case vor Augen, deren Wiederholung unbedingt vermieden werden sollte. Die Erkrankung wird, auch wenn die Folgen nicht mehr zwangsläufig im Alltag spürbar sind, als latent vorhanden wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund müssen nicht nur die bleibenden körperlichen Einschränkungen bzw. latent vorhandenen Dispositionen, sondern auch die psychischen Folgen dieser Krankheitserfahrungen verarbeitet werden. Dazu zählen die Auswirkungen einer beschädigten körperlichen Leistungsfähigkeit, die das Selbstbild verändern können. Die Betroffenen werden sich der Krankheit als dauerhaften Teil ihres Selbst zunehmend bewusster und die damit verbundenen Grenzen, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen (vgl. Pfeffer 2010, S. 281ff) im sozialen Leben können psychisch stark belastend sein. Eine besondere Herausforderung stellt die Nicht-Sichtbarkeit der Erkrankung dar. Um ein Verständnis für die gesundheitliche Problemlage muss häufig aktiv geworben werden. In anderen Konstellationen und eher indirekt durch die Erkrankung ausgelöst können sich auf dieser Ebene auch positive Entwicklungen abzeichnen, wenn

bspw. berufliche Neuerfahrungen als persönliche Erfolge erlebt werden oder durch die schwierigen Erfahrungen im Krankheitsverlauf die Bindung innerhalb der Familie oder das Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen oder zu der bzw. dem Vorgesetzten positiv gestärkt wurde. An dieser Stelle soll ein Zitat herangezogen werden, dass das Spektrum der Auswirkungen eines solchen gesundheitsbedingten Ereignisses für die betroffenen Personen und ihr soziales Umfeld deutlich macht. In ihrem Aufsatz über den Einfluss von Lebensereignissen auf die Biographie formuliert Hoerning (1987) deren Wirkkraft auf soziale Beziehungen wie folgt:

„Es wird nicht nur die eigene Biographie unter dem Einfluß lebensverändernder Ereignisse umgedeutet, sondern auch diejenigen interpersonalen Beziehungen, die mit dem biographischen Projekt verstrickt sind. Scheidungen, Krankheiten [...] Pensionierungen etc. tangieren nicht nur eine Person, sondern alle mit dieser Person assoziierten Mitglieder des biographischen Projektes. Und diese Betroffenheit ist eine doppelte: Lebensereignisse verursachen für die mit dem Biographieträger verbundenen Personen nicht nur auf der objektiven Ebene Beeinträchtigungen, sondern ihre Stellung im Deutungssystem des Biographieträgers ändert sich ebenfalls und vice versa.“ (ebd., S. 233)

Die Entwicklung beruflicher Zukunftsszenarien verläuft gleichzeitig mit der Entwicklung gesundheitsspezifischer Strategien zur Vermeidung eines Rückfalls. Diese Überlegungen finden bereits in der Rehabilitationsklinik statt, wobei offenbleibt, wie die Sorge um die eigene Gesundheit im Erwerbsalltag tatsächlich umsetzbar ist. Diese Erkenntnis lenkt den Blick auf eine stetige Unsicherheit, die ein charakteristisches Merkmal chronischer Krankheit ist (Gerhardt 1976; Bury 1982; Barron 2005; Schaeffer 2009) und damit eine zentrale Bewältigungsherausforderung (vgl. Kapitel 2.3.2) darstellt. In diesem Zusammenhang bietet die zuvor herangezogene Studie über RTW nach beruflicher Rehabilitation von Kardorff, Meschnig et al. (2016, unveröffentlicht) einen weiteren interessanten Anhaltspunkt, da sie herausarbeiteten, dass eine noch am Anfang stehende Krankheitsverarbeitung sich im Falle einer beruflichen Rehabilitation als ein Risikofaktor für ein nicht-gelungenes RTW erwies.

„Als bedeutsamer als die Krankheitsdiagnose und die Schwere der Beeinträchtigungen für den RTW erwiesen sich das Ausmaß, in dem das Auftreten der Krankheit als biografischer Bruch erlebt wurde, der Stand der Krankheitsverarbeitung sowohl zum Zeitpunkt des Maßnahmenbeginns als auch zum Zeitpunkt der Rückkehr in Arbeit und die Bedeutung der Krankheit in der Lebensbewältigung insgesamt.“ (ebd., S. 209)

In meiner Studie ist zu beobachten, dass sich unterschiedliche Dimensionen von Unsicherheit in dieser Phase aufsummieren. Unsicher ist der langfristige Verlauf der Erkrankung, die Einflussnahmemöglichkeiten auf diesen Verlauf sowie die langfristige Arbeitsplatzperspektive und zukünftige Erfüllbarkeit der tätigkeitsspezifischen Anforderungen unter bedingter Gesundheit. Im Kontext meiner Arbeit verschärft sich die Unsicherheit durch eine im Setting der Rehabilitationsklinik angesprochene und im Prozess des RTW als prekär erlebte berufliche Zukunft

(vgl. Pfeffer 2010, S. 277). Schon in den 70er Jahren verknüpft Uta Gerhard in ihrem Modell der Krankheitskarrieren (Gerhardt 1976) die Unberechenbarkeit des Verlaufs der Erkrankung (Offenheit der Zeitperspektive) mit der dadurch hervorgerufenen Verwundbarkeit der individuellen Existenzgrundlage (Offenheit der Existenzsicherung).

„Die Verwundbarkeit der individuellen Existenzgrundlage durch einen Krankheitsfall ist typisch für Gesellschaften, in denen die Lebensexistenz bei einem Großteil der Bevölkerung durch Verkauf ihrer Arbeitskraft gesichert wird. [...] Die Sicherheitskomponente von Krankengeld oder Lohnfortzahlung wird durch das Risiko potentieller Unendlichkeit eines Karriereverlaufs [*hier: Krankheitskarriere, Anm. S.B.*] teilweise neutralisiert.“ (ebd., S. 234)

Diese Aussage hat auch rund 40 Jahre später noch nicht an Brisanz verloren, führt man sich die Höhe einer Erwerbsminderungsrente (2015: durchschnittlich 672 Euro¹²⁷) vor Augen, die Menschen erhalten, die auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Ausgehend von den unterschiedlichen Dimensionen der Krankheitsbewältigung (u. a. Bury 1982; Detka 2007; Schaeffer 2008) werden in Tabelle 7 abschließend zentrale Bewältigungsherausforderungen auf drei Dimensionen zusammengeführt, die sich in dieser Arbeit als besonders bedeutsam herausstellten. Dabei werden lebensweltliche und arbeitsweltliche Komponenten gegenübergestellt.

Tabelle 7: Bewältigungsherausforderungen in der Lebens- und Arbeitswelt

		Lebenswelt	Arbeitswelt
		Akutes Krisenerlebnis	
		Unsicherheit	
Soziale Dimension	Akutes Krisenerlebnis Unsicherheit	<ul style="list-style-type: none"> Eingeschränkte soziale Aktivitäten Einfordern von Verständnis und Unterstützung im sozialen Umfeld Neues Arrangement des Lebensalltags und neue Rolle in der Familie 	<ul style="list-style-type: none"> Veränderung des Betriebsklimas Verändertes Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten Neues Arrangement des Arbeitsalltags und neue Rolle im Kollegium
Biographische Dimension		<ul style="list-style-type: none"> „Loss of Self“ (Charmaz 1983) Krankheit als Teil des Selbst Anpassung der Lebensplanung 	<ul style="list-style-type: none"> Veränderte berufliche Identität Haltung zur Arbeit und Verhaltensweisen als Risikofaktoren Anpassung der Karriereplanung

¹²⁷ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/13_indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf?__blob=publicationFile&v=17 (abgerufen am: 26. November 2016)

Gesundheitliche Dimension	<ul style="list-style-type: none">• Schmerzen• Verändertes Körperbild• Eingeschränkter Aktivitätsradius• Umgang mit Versorgungssystemen	<ul style="list-style-type: none">• Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit• Begrenzte Anpassungsmöglichkeiten der Tätigkeiten
----------------------------------	--	---

In dieser Auflistung wird deutlich, dass sich auf übergeordneter Ebene ähnlich gelagerte Bewältigungsherausforderungen in der Lebens- und Arbeitswelt ergeben: eine neue soziale Rolle, ein neues Lebensarrangement und Bedarf an sozialer Unterstützung die soziale Dimension betreffend, der biographische Bruch, ein verändertes Selbstbild und eine unsichere Zukunft innerhalb der biographischen Dimension sowie eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit, das Leben mit Gesundheit als eine begrenzte Ressource und der unsichere Krankheitsverlauf im Kontext der gesundheitlichen Dimension. Abschließend möchte ich betonen, dass diese Untersuchung nicht darauf abzielte, einen Vergleich zwischen den Erkrankungsarten vorzunehmen (vgl. Kapitel 3.4), sondern sie folgte dem Krankheitserleben der Betroffenen, das zwar primär durch ein orthopädisches Erkrankungsspektrum geprägt war, aber zugleich vielfältige psychische Belastungskomponenten beinhaltet. Es zeichnet sich ab, dass körperliche Belastungen als einfacher zu bewältigen erscheinen und eine Aktivierung der psychischen Schutzmechanismen auf Grund des komplexeren Charakters psychischer Belastungsfaktoren sich als schwieriger gestaltet.

Die aufgeführten Bewältigungsherausforderungen leiten über zu einer der zentralen Fragen dieser Untersuchung, wie sich eine berufliche Neuorientierung unter bedingter Gesundheit vollzieht. Im Folgenden wird das empirische Material unter dieser Perspektive zusammengeführt und eine Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung entworfen.

5.4 Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflichen Neuorientierung

Gesundheitsbedingte Brüche, die mehr oder weniger unerwartet eintreten, stellen für die Betroffenen eine spezielle Form der biographischen Diskontinuität dar, die nicht nur die berufliche Biographie, sondern körperliche, psychische und soziale Ebenen berührt. Damit finden sich auch in dieser Untersuchung die von Bury (1982) beschriebenen Aspekte des biographischen Bruchs (vgl. Kapitel 2.3.2) wieder, der durch eine chronische Erkrankung ausgelöst wird: Selbstverständlichkeiten und Erwartungen werden verletzt, Biographie und Selbstbild werden überdacht, und Ressourcen müssen mobilisiert werden. Mit der vorliegenden Arbeit wird die von Bury aufgeworfene Frage berührt, wie sich soziale Beziehungen in erwerbsbezogenen sozialen Räumen verändern, wie sich diese Erfahrungen wiederum auf die Mobilisierung von Res-

sources auswirken können, und wie diese Aspekte letztlich Verhaltensänderungen und Entscheidungen determinieren können.

Die angestrebte Kontinuität, eine wesentliche strukturelle Komponente des berufsbiographischen Referenzsystems der Erwerbsarbeit, geht zunächst verloren und erscheint – anders als im Falle von selbstinitiiertem Berufswechsel – durch den unsicheren und unplanbaren weiteren Verlauf dauerhaft beschädigt. Diese Erfahrungen lösen einen komplexen Aushandlungsprozess aus, in dem die berufliche Neuorientierung unter ständiger Berücksichtigung der bedingten Gesundheit vollzogen wird. Dieser Aushandlungsprozess beginnt bewusst im Zuge der medizinischen Rehabilitation und wird auch nach erfolgter Rückkehr in das Arbeitsleben weitergeführt. Er basiert zudem auf zurückliegenden berufsbiographischen Stationen (z. B. Berufswahl, Berufswechsel), Lebens- und Berufserfahrungen sowie auf Krankheitserfahrungen. Lebensgeschichtliche Erfahrungen bedingen diese Neuorientierung und können gleichzeitig Ressourcen zur Bewältigung dieses biographischen Bruches bieten.

„Jeder erzwungene und/oder selbst herbeigeführte Wandlungsprozeß stößt auf lebensgeschichtliche Erfahrungen. Diese Ablagerungen aus diesen Erfahrungen sind als biographische Ressourcen von folgender Bedeutung: sie sind die Hypotheken der Vergangenheit, die auf das zukünftige Handlungsprojekt einwirken und sie sind Handlungsmittel, die für das biographische Handeln eingesetzt werden können.“ (Hoerning 1987, S. 253)

Im Ergebnis dieser Studie liegt ein Modell der Aushandlungsarena¹²⁸ der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung vor, das die unterschiedlichen Bezugspunkte und Rahmenbedingungen in diesem Prozess abbildet, die im Folgenden näher beleuchtet werden (Abbildung 38).

Dieses Modell stellt ein Referenzsystem dar, innerhalb dessen die Betroffenen die aktuelle Situation einordnen und damit in Verbindung stehende vergangene Entscheidungen und Positionierungen reflektieren. Es bildet zugleich die Vorlage, um berufliche Zukunftsszenarien zu entwerfen und anstehende Entscheidungen anzubahnen.

¹²⁸ Der von mir gewählte Begriff der Arena bezeichnet einen individuellen Raum, in dem auf das Problem der erzwungenen gesundheitsbedingten Neuorientierung bezogene Aushandlungen stattfinden. Bezugspunkte dieser Aushandlungen können sowohl latent wirksame Perspektiven, Konzepte, Situationen oder Personen sein. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass ich mich damit nur in einem Aspekt an den Begriff der Arena nach Strauss (1993) anlehne. Sein Konzept bezieht sich auf problembezogene Interaktionen zwischen Angehörigen unterschiedlicher sozialer Welten, in denen Handlungen, die diese Probleme betreffen „are being debated, fought out, negotiated, manipulated, and even coerced within and among the social worlds.“ (ebd., S. 226) Die Schnittmenge meines Arenabegriffs und dem Konzept von Strauss beruht lediglich auf der Aushandlung um problembezogene Fragestellungen, die durch keine schnell aktivierbare eindeutige Handlungsrichtung gelöst werden können. Die Arena im Kontext meiner Arbeit beschreibt einen individuellen problembezogenen Erfahrungs- und Aushandlungsraum; die von Strauss einen Modus der Problembearbeitung zwischen sozialen Welten.

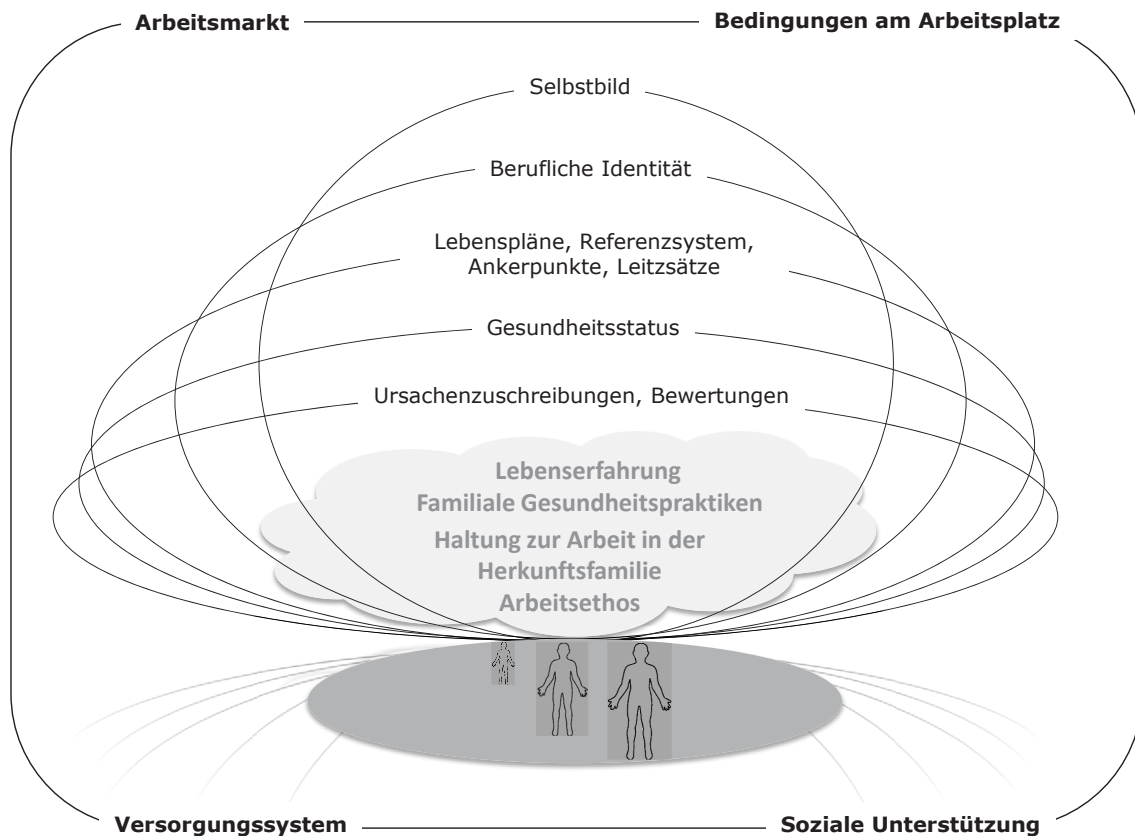


Abbildung 38: Aushandlungsarena der Krankheitsbewältigung und beruflicher Neuorientierung

Selbstbild

Einen zentralen Bezugspunkt in der Auseinandersetzung mit den Krankheitsfolgen und der beruflichen Perspektiventwicklung stellt das Selbstbild dar, charakterisiert durch den eigenen Typus. Dieser kann in enger Verbindung mit dem ausgeübten Beruf oder der ausgeübten beruflichen Tätigkeit stehen, wenn z. B. der Beruf als Selbsterfüllung erlebt wird. Die Typbeschreibung deutet auf Leistungserwartungen an sich selbst hin und darauf, wie die beschädigte körperliche Leistungsfähigkeit die bisherigen Einstellungen zur Gesundheit und den Umgang mit dem Körper in Frage stellt und das eigene Selbstbild verändert, das in der Regel als sehr widerstandsfähig gegen Stress und Belastungen dargestellt wurde. Ein bislang vertrauter Teil des Selbst kann plötzlich als fremd erlebt werden (Pfeffer 2010, S. 281). In den Schilderungen des Schlüsselerlebnisses wird ein Kontrollverlust über den eigenen Körper beschrieben, der als eine große Belastung erlebt wird und eine bleibende Unsicherheit die weiteren gesundheitlichen Entwicklungen und Reaktionen des Körpers betreffend, hinterlässt. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive steht dieser Kontrollverlust der höchsten Ausprägung des

Strebens nach primärer Kontrolle im mittleren Erwachsenenalter (Heckhausen und Heckhausen 2010) entgegen und kann demnach für die Betroffenen eine hohe Belastung darstellen, wie u. a. Braukmann und Filipp (1995) im Forschungskontext kritischer Lebensereignisse erläuterten. Eine beschädigte körperliche Leistungsfähigkeit greift zugleich die berufliche Identität an, deren Bestandteil die hohe Leistungsbereitschaft war. Dies kann für die Betroffenen eine Verunsicherung bezogen auf das weitere berufliche Handeln zur Folge haben, denn der Fokus auf gesundheitliche Selbstsorge kann als Widerspruch zu dem eigenen Anspruch und zu den Erwartungen des beruflichen Umfelds empfunden werden. Im Kontext der Burnout-Forschung verorten Neckel und Wagner (2014) die „Quelle der Erschöpfung“ sowohl im Arbeitskontext (z. B. Forderung der Vorgesetzten) als auch bei den Beschäftigten selbst (z. B. hoher eigener Anspruch an Arbeitsergebnisse). Grundsätzlich halten sie aber fest, dass die heutige Wettbewerbsgesellschaft einen schonenden Umgang mit subjektiven Ressourcen kaum vorsieht.

„So sehr sich die zeitlichen Abstände verkürzen, in denen Positionen in Wettbewerben errungen und wieder verteidigt werden müssen, so wenig ermöglicht die damit entstehende Dynamisierung des Statuskampfes eine langfristige Einteilung der körperlichen und psychischen Kräfte.“ (ebd., S. 541)

Unter diesem Blickwinkel formt sich anhand der Erfahrungen der befragten Personen das Bild einer sehr ausgeprägten Leistungserwartung an die Beschäftigten im beruflichen Umfeld heraus, die bei den Betroffenen angesichts der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und bleibenden gesundheitlichen Vulnerabilität sehr bewusst in die Entwicklung beruflicher Zukunftsszenarien einfließt. Deutlich wird bei allen Betroffenen, dass die Gefahr einer wiederholten akuten gesundheitlichen Krise präsent ist und überlegt wird, inwieweit die Vermeidung von riskanten Aktivitäten im Beruf und in der Freizeit möglich ist.

Zusammengeführt kann festgehalten werden, dass die Krankheitserfahrungen auf der körperlichen und psychischen Ebene das Selbstbild und das Selbst dauerhaft verändern können. Ein Ausdruck dieser Veränderungen ist, dass sich die Betroffenen in einer Rolle als Kranker im sozialen Miteinander wiederfinden, in der sie nicht mehr zur Gruppe der Gesunden gehören und sich im Beruf oder im privaten Alltag nicht mehr so wie früher verhalten (können), bspw. im Heben schwerer Lasten oder im Laufen langer Strecken. Das eigene Körperkonzept wird kritisch beleuchtet und nimmt als „biografisches Risikopotenzial“ (Detka 2007, S. 15) in den Erzählungen Gestalt an. Der Blick auf die Formulierungen im Zusammenhang mit dem Körper zeigt im Vergleich der unterschiedlichen Interviewzeitpunkte, dass die Personen sensibler für die eigenen Grenzen geworden sind und sich konkrete Strategien des Gesundheitshandelns angeeignet haben. In Abhängigkeit vom Kontext werden diese Grenzen auch deutlich formuliert,

und es wird entsprechend gehandelt. Im privaten Umfeld fällt dies leichter, im beruflichen Kontext ist dies abhängig vom Vertrauensverhältnis im Team und den Möglichkeiten der Umgestaltung der Arbeitsprozesse oder Tätigkeiten. Gleichzeitig zeigt sich in den zu erwartenden Vorteilen als anerkannte schwerbehinderte Person, in den erfahrenen Entlastungsmöglichkeiten im Arbeitsalltag oder in den Unterstützungsangeboten, dass mit der Rolle als Kranker ein Sonderstatus erlangt wird, mit dem sich neue Handlungsspielräume eröffnen und die Person von alten Rollen entpflichtet werden kann (vgl. Borgetto 1999, S. 12).

All diese Selbsterfahrungen mit sich selbst und in Interaktionen mit dem Umfeld sind wesentliche Einflüsse einer Aushandlungsarena gesundheitsbezogener und beruflicher Bewältigungsprozesse. Zugleich wird vor Augen geführt, wie stark die Betroffenen psychisch durch eine beschädigte körperliche Leistungsfähigkeit belastet sein können. Diese Studie zeigt, dass Krankheitserfahrungen und damit verbundene berufsbiographische Umbrüche die eigene Biographie und Identität in dem Maße durchdringen, dass sie Identitätsprozesse auslösen können. Identitätsentwicklung vollzieht sich demnach als ein lebenslanger Prozess, wie schon Luckmann (1988) verzeichnet:

„Persönliche Identitäten sind nicht abgeschlossen und endgültig. Zwar werden nach allgemeiner Auffassung die wichtigsten Elemente persönlicher Identitäten in den frühen Phasen der Sozialisation gelegt, doch auch in späteren sozialen Interaktionen [...] werden persönliche Identitäten gestützt, verstärkt, verändert oder in Frage gestellt oder, in Extremfällen, zerstört.“ (ebd., S.78)

Berufliche Identität

Einen starken leitenden Charakter im Umgang der aktuellen Krise weist die berufliche Identität auf, in der ein optimales Passungsverhältnis zwischen dem eigenen Typus und der beruflichen Tätigkeit, die Möglichkeit der Selbstverwirklichung und die erlebte Sinnhaftigkeit der beruflichen Tätigkeit zusammenfließen. Zusammen bilden diese Aspekte die Basis einer hohen Arbeitszufriedenheit. Die Dimension der Karriere-Identität (Career Identity) bietet in diesem Sinne einen interessanten Anknüpfungspunkt für weiterführende Diskussionen über die Einflussnahme identitätsbildender Aspekte auf die Ausgestaltung beruflicher Zukunftsentwürfe und auf das Verhältnis zum arbeitspolitischen Konstrukt von Beschäftigungsfähigkeit. Career Identity stellt im psycho-sozialen Modell von Beschäftigungsfähigkeit nach Fugate, Kinicki et al. (2004) eine von drei Dimensionen dar und

„resembles constructs like role identity, occupational identity, and organizational identity in that they all refer to how people define themselves in a particular work context. Career identity, however, is inherently longitudinal because it involves making sense of one's past and present and giving direction to one's future“. (ebd., S. 20)

Die berufliche Identität ist zugleich unterlegt mit positiven Erfahrungshorizonten wie die Emanzipation durch die eigene Berufstätigkeit innerhalb der Familie oder innerhalb der Tätigkeit selbst. Der Bezugspunkt der beruflichen Identität wird herangezogen, wenn bspw. darüber nachgedacht wird, ob und welche neue berufliche Richtung eingeschlagen werden sollte. Der hier aufgeworfene Zusammenhang zwischen individuellen und kontextualen Faktoren in Bezug auf die berufliche Identitätsbildung findet sich bei Heinz (1998) im Kontext der beruflichen Sozialisationsforschung.

„Die Arbeitsanforderungen und die beruflichen Vorstellungen des Individuums gehen im beruflichen Sozialisationsprozeß eine identitätsbestimmende Verbindung ein, die durch den Spielraum für Entwicklung, Anwendung und Erweiterung subjektiver Fähigkeiten und Interessen definiert und durch inner- und außerbetriebliche Interaktionsbeziehungen stabilisiert wird. Von großer Bedeutung dürften auch hier die vorberuflich gebildeten Erwartungen an die Arbeitstätigkeit und deren Resultate sein, - wird Arbeit als zentrales Lebensinteresse, als notwendiges Übel oder lediglich als ein relevanter Tätigkeitsbereich neben Familie, Freizeit und Konsum gesehen?“ (ebd., S. 511)

Im Rahmen des Aushandlungsfeldes der beruflichen Identität zeigt sich, dass der gesundheitsbedingte Bruch eine starke Wirkung auf die eigene Identität hat, denn die berufliche Identität ist Teil des Selbst und die bewältigten Herausforderungen in diesem Emanzipationsprozess sind wichtige Komponenten des Selbstbilds. In diesem Zusammenhang kann die Vorstellung, einen solchen Emanzipationsprozess in einer neuen Tätigkeit und in einem neuen Kollegium von vorne zu beginnen, als nicht bewältigbar erscheinen. Den Beruf aufzugeben, der identitäts- und sinnstiftend ist, kann demnach starke emotionale Reaktionen auslösen. Die mit der Tätigkeit verknüpften positiven Sinngehalte können im Neuorientierungsprozess als treibende Impulse wirken, die Rückkehr zum Arbeitsplatz aktiv zu gestalten.

Im Hintergrund dieses Aushandlungsfelds liegen auch Prägungen aus der Herkunftsfamilie in Bezug auf die berufliche Identität, auf eine Haltung zur Arbeit insgesamt und auf die berufliche Sozialisation bezogenen „Interpretationsmuster“ (Heinz 1998, S. 507) „Every person will create their own meaning attached to work, but this meaning is shaped and influenced by the environmental context from which they evolved.“ (Coutu, Cote et al. 2014, S. 16) In der Herkunftsfamilie werden die Weichen für die Berufswahl gestellt, so dass im Falle einer Berufswahl im Sinne der Familientradition bzw. außerhalb der Familientradition eine starke oder weniger starke Verpflichtung wirksam sein kann, im Beruf zu bleiben. Im Hinblick auf die in der Familie erfahrene stark affirmative Einstellung zur Arbeit kann diese im eigenen Leben als wichtiger Impuls dienen, nach der Rehabilitationsmaßnahme schnellstmöglich wieder in das Arbeitsleben einzusteigen. Ein hohes Arbeitsethos kann hier ein latenter Treiber des berufsbiographischen Skripts sein („immer arbeiten“). Gleichzeitig kann es genau dieses hohe Arbeitsethos sein, der

nun auf dem Prüfstand steht und kritisch hinterfragt wird, in dem er bspw. als Teil der gesundheitlichen Risikokonstellation bewertet wird.

„It is this commitment which is reflected in the burn-out syndrome, the prototype of which is a female middle class professional, e.g. a nurse or a teacher [...] who has literally incorporated the ideals and the set of values of her work into her individual obligations.” (Virtanen, Nakari et al. 2000, S. 37; Coutu, Cote et al. 2014, S. 16)

Der drohende berufliche Veränderungsdruck löst in den interpretierten Fällen und bezogen auf die Formen und den Grad der Erkrankung aber nicht zwangsläufig einen Verlust des Selbst aus (Charmaz 1983), was durchaus zu beobachten ist, sondern dient zugleich als Katalysator für eine persönliche Weiterentwicklung und den Aufbau eines anderen Selbst im Sinne einer „evolutionären Transformation des biografischen Projekts“, in dem sich verdeckte Möglichkeiten entfalten (Hoerning 1987, S. 240). Diese vollzieht sich in beruflicher Hinsicht z. B. in Form einer strategischen Karriereplanung (vgl. Schaeper, Kühn et al. 2000) oder durch die Formulierung eines Leitsatzes, unter dem neue Vorsätze entwickelt und umgesetzt werden.

In diesem Zusammenhang werden im Zuge der Aushandlung zurückliegende Bezugspunkte herangezogen wie die im Lebensverlauf erfahrene berufliche Selbstverwirklichung. Angesichts der Freiheit, die berufliche Zukunft verändern zu können, sind es die jüngeren Personen, die in der jetzigen Situation eine Chance sehen, ihre weitere berufliche Zukunft nach ihren Vorstellungen im Rahmen ihrer bereits erworbenen beruflichen Identität zu gestalten. Die Krankheitserfahrungen lösen diese Prozesse aus und bilden gleichzeitig den Beweis dafür, dass Veränderungen nötig sind. Für den älteren Personenkreis (50+) erweist sich diese Freiheit als kritisch, d. h. sie haben in ihren vielen Berufsjahren eine hohe berufliche Identität erworben. In der Vergangenheit vollzogene Wechsel dienten bereits der beruflichen Selbstverwirklichung bzw. wurden als diese für sich bereits erschlossen. Ein Tätigkeits- oder Berufswechsel scheint diese Stabilität zu bedrohen. Zu beobachten ist, dass die von den Betroffenen entwickelten Zukunftsszenarien einerseits mit sehr wagen Vorstellungen über alternative berufliche Tätigkeitsfelder besetzt sind, andererseits werden sehr deutliche Vorstellungen formuliert, welche Berufe oder Tätigkeiten für sie nicht in Frage kommen. Diese stehen im Gegensatz zu dem, was sie jetzt machen und widersprechen dem eigenen Typus. Im Vordergrund der beruflichen Orientierung stehen Freude an der Arbeit und Selbstverwirklichung neben gleichzeitig hohen Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit und einem Wunsch nach gesicherter Erwerbsarbeit. Pongratz und Voß (2003) interpretieren die verschiedenen Erwerbsorientierungen als Pluralität von Arbeitskraftunternehmertypen. Sie verweisen im Hinblick auf den Anspruch, sich mit der Arbeit zu identifizieren, auf den seit den siebziger Jahren belegten Wertewandel von Erwerbsar-

beit, nach der eigenverantwortlich erzielte Erfolge in der Arbeit zentrale Leistungsmotivatoren sind (ebd., S. 232).

„Einerseits koppeln neuartige Leistungsorientierungen Spaß an der Arbeit mit subjektiven Effizienzerwartungen, andererseits vertrauen die berufsbiografischen Orientierungen weithin ungebrochen auf die etablierten Sicherungsstrukturen. [...] Wir schlagen eine gesellschaftstheoretische Interpretation vor, welche die Divergenz der Orientierungen auf die Ungleichzeitigkeiten einer dialektischen Entwicklungsdynamik zurückführt: Lässt sich Leistungsoptimierung als dynamisches Moment einer Produktivkraftentwicklung verstehen, so wirkt Absicherungsmentalität als Stabilisierungsfaktor der Produktionsverhältnisse.“ (ebd., S. 229ff)

Im Kontext meiner Arbeit kann die Gleichzeitigkeit der einzelnen Aspekte in der beruflichen Orientierung als idealtypisches Konstrukt interpretiert werden, deren Verwirklichung von den Realisierungschancen abhängt.

Lebenspläne, Referenzsystem und Ankerpunkte

Einen weiteren Bezugspunkt im Aushandlungsprozess stellen berufliche und private Lebenspläne dar, die, so wurde aus der Einführung bereits deutlich, sich durch den gesundheitsbedingten Bruch verändern. Die Erfahrung eines gesundheitsbedingten Bruches im Erwerbsleben hat bei allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern ein Hinterfragen der Lebenspraxis und von Lebensplänen ausgelöst. Einer dieser biographischen Planungen, der durch die Erkrankung und die damit verbundene unsichere berufliche Zukunft durchkreuzt wurde, stellt eine stabile Erwerbstätigkeit dar. Die weitere berufliche Zukunft muss nun unter Berücksichtigung der Erkrankung geplant werden, die somit einen „Wendepunkt in der Biographie“ (Borgetto 1999, S. 27) und häufig den Beginn eines biographischen Wandlungsprozesses darstellt (vgl. Neckel und Wagner 2014).

Aus struktureller Sicht und in Anschluss an die Ausführungen in Kapitel 2.1.1 verweisen die Ergebnisse aus dieser Studie auf eine Orientierung am Referenzrahmen einer Normalerwerbsbiographie im Hinblick auf die Erwartung einer kontinuierlichen Erwerbsarbeit bis zur Rente und in Bezug auf den Arbeitsmarkt als zentraler Referenzpunkt des Lebenslaufes (vgl. Kohli 1985; 1994; 2000; 2003). Zu beobachten ist zudem, dass die normativen Vorstellungen von Statuspassagen Bestand haben, so z. B. vom Schulabschluss in die Ausbildung, von der Ausbildung in die Erwerbsarbeit, von der Erwerbsarbeit in die Rente. Allerdings steht hier weniger die Vorstellung im Vordergrund, ein Leben lang lediglich in einem Beruf bis zur Rente zu arbeiten, sondern sie schließt Diskontinuitäten im berufsbiographischen Verlauf ein. Diskontinuitäten durch Berufswechsel und Elternschaft werden vom befragten Personenkreis allgemein als normale und damit nicht zwangsläufig als negative Komponente einer Erwerbsbiographie bewertet. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Forschungsfeldes zu diesem Themenfeld, denn es zeigt sich auch in

meiner Studie, dass es nicht zielführend ist, erwerbsbiographische Brüche für eine Gruppe von Menschen oder einzelne Individuen generell als negativ zu bewerten. Sie können Risiken bergen, indem sie Unsicherheiten auslösen und damit die Lebensqualität und Gesundheit der Beschäftigten negativ beeinflussen. Sie können aber auch Chancen bieten, wenn dadurch neue biographische Entwicklungs- und Gestaltungsräume entstehen und diese für sich erschlossen werden. Ein tiefgehendes Verständnis für die Bedeutung dieses Phänomens ist nur möglich, wenn neben strukturellen und generalisierten Aussagen auch dessen individuelle Sinnzuschreibungen Berücksichtigung finden, denn es gilt zu berücksichtigen, dass „offenkundig die Schwere der Krise während und nach einer Statustransition und das Ergebnis des Verarbeitungsprozesses nicht von einem gleichwie gearteten Ereignis per se, sondern von dessen Bedeutung für die jeweils betroffene Person bestimmt [wird]“ (Thielen und Budde 1978, S. 117, In: Hoerning 1987, S. 239). Dessen Bewertung und der Umgang damit sind u. a. abhängig von individuellen biographischen Entwürfen, Erfahrungen und Ressourcen. Allerdings erscheinen die vom befragten Personenkreis erlebten gesundheitsbedingten Diskontinuitäten nicht als normatives Element der Erwerbsbiographie. Längere und lebenslang andauernde Erkrankungen, die in Phasen der Erwerbstätigkeit auftreten und zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit und dadurch ausgelösten beruflichen Neuorientierung führen, stellen für alle Betroffene eine Ausnahmesituation dar, die ein hohes subjektives erwerbsbezogenes Prekaritätsempfinden auslöst. Mit Blick auf prekäre Arbeitssituationen ist belegt, dass diese belastend auf die Beschäftigten wirken. Dabei werden sie individuell unterschiedlich wahrgenommen und der Umgang damit unterliegt stark vielfältigen biographischen Einflüssen. Es zeigt sich im Vergleich mit Gefken, Stockem et al. (2015) (vgl. Kapitel 2.1.2) auch in meiner Studie die Anpassung der persönlichen Sinnerwartungen an Erwerbsarbeit in der Auseinandersetzung mit dem persönlichen Prekaritätsempfinden in der jeweiligen aktuellen Situation. Vor diesem Hintergrund schließt meine Studie an diese Befunde an, denn es wurde deutlich, dass die Bewertung der aktuellen Situation und die Entwicklung von Gestaltungsansätzen für die weitere Zukunft durch die Betroffenen sehr stark von bisherigen (berufs-)biographischen Aspekten, Lebenserfahrungen und -entwürfen abhängt. Gesundheitsbedingte Diskontinuitäten der Erwerbsbiographie erfordern dabei besondere Reparaturstrategien, um das Leben wieder neu zusammenzusetzen. Eine dieser Reparaturstrategien (Fischer 1986) ist die Re-Interpretation des Erwerbsaustritts, d. h. die Lebenslaufphase der Berentung – als Lohn für die harte Arbeit (vgl. Sackmann 2013) – wird zeitlich vorgezogen. Diese Strategie findet sich auch bei Detka (2007) wieder, denn er beschreibt, wie ein spätes Auftreten einer chronischen Erkrankung dazu führen kann, dass der Biographieträger die Erkrankung nicht als

alles verändernde, unkontrollierbare Ereignismasse wahrnimmt, sondern ihn unter Umständen bereits geplante Absichten frühzeitiger realisieren lassen.

„Die Erkrankung kann vielmehr mit dem lebenszyklischen Ablaufmuster in Einklang gebracht werden – eine Verringerung der beruflichen Aktivitäten war für den Biographieträger absehbar, von ihm geplant oder auch bereits realisiert worden; die in Folge der somatischen Funktionsbeeinträchtigung eingeschränkten beruflichen Handlungsmöglichkeiten fallen so nicht mehr in besonderem Maße ins Gewicht.“ (ebd., S. 6)

Zudem konnte die Re-Interpretation der beruflichen Tätigkeit als Reparaturstrategie identifiziert werden, die als aktive Gestaltung der weiteren beruflichen Biographie unter den Bedingungen einer stets latenten gesundheitlichen Krise beschreibbar ist. Es wird gezielt ein Gestaltungsspielraum innerhalb und außerhalb der weiteren beruflichen Tätigkeit ausgelotet. Die Wirkkraft der Erkrankung kann demnach durch zwei Komponenten charakterisiert werden: Sie löst auf der einen Seite eine persönliche Krise bei den Betroffenen aus, da sie als unkontrollierbarer „Verhinderungsmechanismus“ (Detka 2007, S. 5) in der Verwirklichung biographischer Planungen empfunden wird, und auf der anderen Seite kann sie ein Katalysator für neue berufliche Wege oder persönliche Verwirklichungen darstellen. Die Ausgestaltung des jeweiligen Lebensarrangements mit der chronischen Erkrankung ist bedingt durch den Zeitpunkt des Sichtbar-Werdens der Erkrankung innerhalb der individuellen Lebensphase.

Insgesamt ist zu beobachten, dass Fragen in den Mittelpunkt rücken, wie das weitere Leben gestaltet werden kann, und welche Aspekte für die eigene Lebenszufriedenheit wichtig sind (z. B. Familie, Freizeit, Karriere). Es scheint, dass sich die Entwicklung beruflicher Zukunftsszenarien entlang dieser Ankerpunkte orientiert, die bisher auf Grund der starken beruflichen Einbindung und Alltagsroutine vernachlässigt wurden wie mehr Zeit mit der Familie oder mit Hobbies zu verbringen oder neue berufliche Perspektiven für sich auszuloten. Eine frühere Rente kann für die älteren Betroffenen einen Möglichkeitsrahmen darstellen, die privaten Lebenspläne zu verwirklichen und die verbliebende Gesundheit in diese Lebensbereiche zu investieren. Auch hier kommt die Katalysatorfunktion der Erkrankung zum Tragen. Es könnte bedeuten, dass die bisher erlebten Spannungsfelder zwischen der privaten und beruflichen Sphäre, den „Work-to-Family-Conflicts“ (Böhm und Diewald 2012) nun aufgelöst werden sollen und die Lebensqualität insgesamt einen höheren und bewussten Stellenwert erhält. Ankerpunkte haben in der Entscheidungsfindung eine starke Gewichtung. Eine Verwurzelung in Familie und Gemeinde kann die Vorstellung einer wohnortfernen Tätigkeitsaufnahme begrenzen. Hinzu kommen aktuelle Lebensumstände wie die Pflege von Angehörigen, die gegen einen umschulungsbedingten Umzug sprechen können. Eng in Verbindung mit diesen Lebensplänen und Ankerpunkten steht (mindestens) ein prägnanter individueller Lebens-Leitsatz, der sich in der

Auseinandersetzung mit den Krankheitsursachen und mit der eigenen Rolle in dieser Konstellation sowie durch den veränderten Fokus auf die eigenen Bedürfnisse herausformen kann. Dieser Leitsatz, hinter dem Ziele, Vorsätze und Handlungsansätze stehen, bestimmt in hohem Maße die Entwicklung von zukünftigen beruflichen und privaten Alltagsszenarien. Mit Blick auf professionelle Strategien ist es daher von großer Bedeutung, dass rehabilitative Interventionsansätze an diese individuellen Leitsätze und Handlungsansätze von den Patientinnen und Patienten anknüpfen, um wirksam zu sein (vgl. Coutu, Cote et al. 2014, S. 23).

Gesundheitsstatus

Der aktuelle und antizipierte Gesundheitsstatus ist impulsgebend für die Entwicklung von Zukunftsszenarien. Die zuvor dargestellte Gestaltbarkeit der beruflichen Zukunft hängt zu einem großen Anteil vom Gesundheitsstatus ab, wobei die Erkrankung nicht zwangsläufig Handlungsspielräume verschließt, sondern eine neue Statuslage begründet, die veränderte Handlungsspielräume nach sich zieht (vgl. Borgetto 1999, S. 177). Ein bestehender schlechter Gesundheitszustand nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik erweist sich als größte Hürde in der Planung des beruflichen Wiedereinstiegs. Damit in Verbindung steht gleichzeitig die Wahrnehmung der eigenen Person als dauerhaft krank, d. h. die eigene Zukunft muss mit dem Bewusstsein über eine bedingte oder vulnerable Gesundheit und einen drohenden gesundheitlichen Rückfall entworfen und geplant werden. Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche Strategien zum Schutz oder zum Erhalt der verbliebenen Gesundheit in die Zukunftsszenarien eingeflochten. Der subjektive Gesundheitsstatus spielt insbesondere bei über 50-jährigen eine entscheidende Rolle für antizipierte berufliche Zukunft. So zeigen ausgewählte Ergebnisse der ‚SHARE-Studie‘¹²⁹ (Halmdienst, Radhuber et al. 2014), dass von den rund 700 befragten erwerbstätigen Personen über 50 Jahre in Österreich, Italien, Schweden und den Niederlanden insgesamt 20 % angaben, dass sie sich Sorgen darüber machen, ihre derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären Rentenalters ausüben zu können.

Ursachenzuschreibung und Bewertungen

Die Gestalt der beruflichen Zukunftsszenarien wird stark von den individuellen Ursachenzuschreibungen und deren Bewertungen beeinflusst, d. h. welche Faktoren aus Sicht der Betroffe-

¹²⁹ SHARE – der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – ist eine internationale Panelerhebung zur Erforschung von gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekten des demographischen Wandels in Europa. Im Rahmen von SHARE werden gegenwärtig in 20 europäischen Ländern mehr als 123.000 Personen über 50 Jahren zu ihrer Lebenssituation befragt und untersucht (Halmdienst, Radhuber et al. 2014, S., 14).

nen den gesundheitlichen Ausstieg bedingt haben, welche dieser Faktoren sowohl auf Seite der eigenen Person als auch im Arbeitskontext nach eigener Wahrnehmung veränderbar sind, und welche aktive Einflussnahme darauf möglich ist. Im Kern steht die Erkenntnis der Betroffenen, dass man selbst ein Teil der Risikokonstellation war und die damit verbundene Absicht, dieses subjektiv erzeugte Risikopotenzial in Zukunft zu minimieren. Es zeigen sich in den einzelnen Zukunftsszenarien Komponenten, die darauf hindeuten, dass personenbezogene Veränderungspotenziale im Verhalten oder in den eingesetzten Bewältigungsstrategien den Betroffenen sehr klar erscheinen und mit konkreten Handlungsplänen für den beruflichen und den privaten Alltag untermauert werden. Obwohl tätigkeitsbezogene Risikofaktoren eine ausgeprägte Ursachenzuschreibung für die eigene Situation erfahren, finden sich in diesem Bereich nur vereinzelt Ansätze für Veränderungen des Arbeitsalltags. In der Vergangenheit erlebte starre Rahmenbedingungen der Tätigkeit werden auch in den Zukunftsszenarien als kaum veränderbar bewertet. Ausschließlich bei den Personen, bei denen ein gutes Arbeitsklima herrscht und zur bzw. zum Vorgesetzten ein Vertrauensverhältnis besteht, wird aktiv versucht, auch auf diese Rahmenbedingungen Einfluss zu nehmen und diese gemeinsam zu verändern. Deutlich wird insgesamt, dass die zuvor erlebte Normalität von Verausgabung und gesundheitlichen Belastungen im Arbeitsalltag nun als kritisch bewertet wird.

Ein weiteres bedeutsames Element der Aushandlungsarena im Zusammenhang mit dem Bereich der Ursachenzuschreibung und Bewertung stellen familiale Konzepte von Gesundheit dar. Die in der Herkunftsfamilie erfahrenen Einstellungen und Praktiken können die eigene Haltung zum Kranksein beeinflussen und das eigene Gesundheitshandeln formen. Dieser Bezugspunkt in der Arena wird nicht direkt wirksam sondern ist ein prägendes Element, das im lebensgeschichtlichen Hintergrund verortet ist. Im Zuge der Aushandlung werden die eigenen Einstellungen und der Umgang mit der eigenen Gesundheit kritisch reflektiert und dabei auch die Erfahrungen in der Familie einbezogen. Ein zentraler Punkt in diesem Zusammenhang ist, dass in der Familiengeschichte der Betroffenen keine vergleichbaren Verlaufskurven erkennbar wurden. Gesundheitsbedingte berufsbiographischen Brüche von Familienmitgliedern standen in Verbindung mit progredienten Erkrankungen (Krebs, schweres Asthma), oder sie betrafen angeborene Erkrankungen (z. B. Behinderung, Lungenerkrankung), deren Verläufe und die damit verknüpfte Bewältigungsarbeit nur ansatzweise vergleichbar mit den eigenen Krankheitserfahrungen sind. Die Betroffenen finden aber in erlebten Gesundheitspraktiken und z. T. sehr aussagekräftigen Familienleitsätzen in der Herkunftsfamilie einen wichtigen Erklärungsansatz für das eigene Handeln. Dies eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, das eigene Handeln und die Einstellung zur eigenen Gesundheit zu verändern. Diese Reflexion kann die eigenen Erfahrungen in neues Wissen und

neues Handeln transformieren und ist für einige der Betroffenen ein Anlass, diese Erkenntnisse an die eigenen Kinder oder jüngere Kollegen weiter zu geben. Insgesamt zeichnet sich in den Krankheits- und Bewältigungserfahrungen dieser Studie ein besonderer Lernprozess ab, in dem die Betroffenen reflektieren, welche tätigkeitsspezifischen Risikofaktoren ihre gesundheitlichen Probleme bedingt haben und was sie in Zukunft ändern sollten. Dieser Aspekt stellt eine besondere Facette der bereits von Schaffer (2008) beschriebenen Lernprozessen dar, in denen die Bewältigungsbemühungen angepasst werden müssen und das Leben unter dem Auf und Ab der Krankheit unter Kontrolle gehalten werden muss. Anknüpfend an diese Ergebnisse möchte ich auf den Bedarf weiterführender Forschung verweisen, in der nicht-progrediente tätigkeitsbedingte chronische Erkrankungen in den Fokus gerückt wie auch die Bewältigungsprozesse von erwerbstätigen Personen über eine längere Lebensphase beobachtet werden. Vielleicht kann mit dem Modell der in dieser Studie ausgearbeiteten Aushandlungsarena ein möglicher Beitrag zur Erweiterung bisheriger Erkenntnisse über Bewältigung chronischer Erkrankungen geleistet werden.

Rahmen: Arbeitsmarkt, Bedingungen des Arbeitsplatzes, Soziale Unterstützung, Versorgungssystem

Als leitende Bezugspunkte des Bedingungsrahmens dieser Aushandlungsarena ließen sich die regionale Arbeitsmarktlage, die Bedingungen am Arbeitsplatz sowie die soziale Unterstützung und das Versorgungssystem ermitteln.

In Bezug auf die regionale Arbeitsmarktlage zeigte sich, dass diese relevant wurde, als von den befragten Personen ein theoretischer Abgleich zwischen den unbekannten Möglichkeiten im alten Berufskontext mit den unbekannten alternativen Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt unter der Prämisse einer noch unbekannten gesundheitlichen Entwicklung vollzogen wurde. In direkte Beziehung zu den Chancen auf dem Arbeitsmarkt wird von den Personen das Lebensalter gesetzt, indem ein steigendes Lebensalter mit sinkenden Chancen auf dem Arbeitsmarkt verknüpft wird, d. h. sowohl ein Berufswechsel als auch die Vermittlungschancen nach einer Umschulung werden eher als gering eingeschätzt. Ein höheres Lebensalter wird insgesamt als Hürde für neue berufliche Wege bewertet; hingegen gleichgesetzt mit langjähriger Berufserfahrung und Fachwissen und damit als Vorteil gegenüber jüngeren Beschäftigten eingestuft.

Es hat sich bereits mehrfach abgezeichnet, dass die Arbeitsplatzbedingungen für den Neuorientierungsprozess eine große Bedeutung aufweisen und neben dem gesundheitlichen Befinden in hohem Maße die Erwartungen an eine Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz bestimmen.

So führen die Betroffenen klar definierte Problemkonstellationen im beruflichen Kontext auf und modellieren theoretisch einen idealtypischen gesundheitsangepassten Arbeitsplatz für sich.

Diese Vorstellungen werden im Vorfeld der Rückkehr in das Arbeitsleben auf ihre Realisierbarkeit geprüft. Liegen Bedingungen vor, die als unveränderlich erscheinen – begründet durch die Tätigkeit selbst oder durch fehlenden Rückhalt durch die Vorgesetzten – wirkt dies stark verunsichernd und belastend auf die Betroffenen, und das berufliche Zukunftsszenario nimmt prekäre Züge an. Dies steht im Gegensatz zu den Bedingungen, die als gestaltbar erscheinen. Eine gute Beziehung zur bzw. zum Vorgesetzten und ein vorhandenes Vertrauensklima im Arbeitsteam sind hierfür die Grundvoraussetzung und lassen die Betroffenen zuversichtlich in die berufliche Zukunft blicken und diese aktiv angehen. Die Reaktionen im Kollegium auf die eigene Arbeitsunfähigkeit vermitteln den Personen einen wichtigen Eindruck, mit welcher Unterstützung und mit welchem Verständnis sie nach Rückkehr an den Arbeitsplatz rechnen können. Der Ausblick, in ein unterstützendes soziales Arbeitsumfeld zurückzukehren, kann ein wichtiger Motivator sein, noch aus der Rehabilitationsklinik heraus, aktiv den Rückkehrprozess und nötige Anpassungen des Arbeitsplatzes gemeinsam mit den Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen anzubahnen. Bei unflexibler Strukturierung von Arbeitsbedingungen droht das Potenzial an Kompetenzen und Leistungsbereitschaft der Betroffenen verloren zu gehen (vgl. Pfeffer 2010, S. 283).

Es bestätigt sich in dieser Studie die hohe Relevanz sozialer Unterstützung und ein vertrauensvolles zwischenmenschliches Klima im beruflichen Kontext für die erfolgreiche Gestaltung gesundheitsangepasster Arbeitsbedingungen. Soziale Unterstützung ist demnach eine wichtige Ressource im Prozess der Krankheitsbewältigung (vgl. Kapitel 2.3.2). Zugleich ist ein stabiles soziales Umfeld im privaten Leben, das emotionale und praktische Unterstützung leistet, eine wesentliche Rahmenbedingung des beruflichen Aushandlungsprozesses. Es kommt auch die Erfahrung zum Tragen, dass die Belastungen des Erwerbsalltags zu Hause zum Ausdruck gebracht werden können und hier die Regeneration stattfindet. Belastend können in dieser Phase Erfahrungen sein, in denen die Betroffenen auf Unverständnis für ihre Problemlagen und in Bezug auf persönliche Veränderungsansätze stoßen.

Das Versorgungssystem nimmt nicht nur eine wesentliche Rolle als medizinische und rehabilitative Instanz ein, sondern setzt mit dem Setting und den Interaktionen wegweisende Impulse im Aushandlungsprozess und für die Rückkehr ins Arbeitsleben. Dieser Aspekt berührt den vierten Bezugspunkt im Rahmen der Aushandlungsarena. Durch die akutmedizinische Versorgung wird der temporäre Ausstieg aus dem Erwerbsleben eingeleitet, und es vollzieht sich – objektiviert

und sichtbar gemacht durch die Krankschreibung – ein erster Schritt aus der zurückliegenden Leidensspirale. Ein zentraler Lern- und Reflexionsort ist im weiteren Verlauf die Rehabilitationsklinik. Hier wird – neben der reha-medizinischen Versorgung – in der Interaktion mit den professionellen Akteuren diese Wendung im Leben durch fachliche Einschätzungen, Informationsvermittlung und emotionale Unterstützung im therapeutischen Prozess begleitet. Insbesondere die ärztlichen Prognosen über den weiteren Verlauf der Erkrankung fließen in die Zukunftsvorstellungen ein. Prognostizierte Verschlechterungen durch tätigkeitsbedingte Belastungen führen bei den Betroffenen zu Überlegungen, wie diese Belastungen vermieden werden können, um einen gesundheitlichen Rückfall zu vermeiden. Unter dem Bezugspunkt des Versorgungssystems stellt in diesem Kontext der Schwerbehindertenausweis einen für die Betroffenen wichtiges Dokument dar, um den z. T. nicht-sichtbaren Einschränkungen und Leiden nach außen Sichtbarkeit zu verleihen und zu objektivieren.

Dieser Reha-Raum ist gleichzeitig die Basis für die Rückkehr in das Alltags- und Arbeitsleben. Unter diesem Blickwinkel zeichnet sich ab, dass zwar theoretische Perspektiven des Rückkehrprozesses eröffnet werden, aber für die Überführung dieser Perspektiven und Möglichkeiten in die Realität (nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation) die Betroffenen keinen sektoren- und informationsübergreifenden Mittler in dieser Phase haben. Jeder der professionellen Akteure in dieser Phase kommt eher punktuell in seinem Bereich zum Einsatz. Die Sozialberaterin in der Rehabilitationsklinik vermittelt entscheidende Informationen und unterstützt konkret bei der Beantragung von Anschlussleistungen (z. B. LTA). Sie führt die Betroffenen bei Bedarf mit den Reha-Beraterinnen und Reha-Beratern der Rentenversicherung zusammen. Die Therapeuten arbeiten bedarfsgerecht an erwerbsbezogenen Aspekten (z. B. Arbeitsplatztraining, psychologische Beratung). Die Haus- oder Fachärztin bzw. der Haus- oder Facharzt bildet nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik die Schnittstelle zwischen der zurückliegenden Behandlungskette und den weiteren Nachsorgebehandlungen in Form von Nachkontrollen und Verordnungen von Therapien, ohne den Arbeitsplatzbezug herzustellen. Es fällt auf, dass es in allen Fällen keine präsente Schlüsselfigur gibt, die zwischen den Arbeitgebern und den betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern steht, wenn eine Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz – unter der Voraussetzung einer stabilen Gesundheit – zeitnah angestrebt wird, oder wenn auf Grund bestehender gesundheitlicher Einschränkungen eine enge Begleitung in der weiteren Orientierungsphase hilfreich wäre. Es fehlt den Patientinnen und Patienten in der Rehabilitationsklinik zudem an Möglichkeiten, sich umfassend mit alternativen beruflichen Wegen auseinanderzusetzen, was die Unsicherheit verstärkt. Gleichzeitig verfestigen sich tendenziell die Vorstellungen darüber,

welche Berufe oder Tätigkeiten nicht in Frage kommen, was die Vorstellungen der beruflichen Zukunftsperspektiven zunehmend einengen können.

Im Zusammenhang mit der Rolle des Versorgungssystems im Aushandlungsprozess kommt ein weiterer Aspekt zum Tragen. Das Verhältnis zwischen den Personen und den Versorgungsinstitutionen bzw. ihren Akteuren ist zwar nicht verallgemeinerbar, dennoch zeichnen sich tendenziell zwei unterschiedliche Linien in diesem Verhältnis ab, die sich mit Selbstbestimmung und Definitionsmacht beschreiben lassen. Auf der einen Seite nehmen die Betroffenen die Rolle von Experten ihrer Erkrankung ein und haben als Biographieträger die Autorität über die weitere Ausgestaltung ihres Erwerbslebens. Auf dieser Basis können sie zu einem gewissen Maße über einzelne Aspekte ihrer medizinischen und rehabilitativen Behandlungskette sowie über ihre weiteren beruflichen Stationen entscheiden. Auch in Borgettos Studie (1999) bestätigte sich, dass der Verlauf der Berufsbiographien nicht institutionell von außen bestimmt wurde, sondern die Entscheidungen für oder gegen die Rückkehr in das Arbeitsleben reflexiven und rationalen Handlungsentwürfen der Betroffenen unterlagen. Andererseits wird in Bezug auf das Verhältnis zwischen den Betroffenen und den Professionellen ein Gefälle erkennbar, in dem z. B. die Ärzte die Autorität über die Weitergabe von Wissen und die Initiierung von Behandlungen haben oder die Regularien der Rentenversicherung in Bezug auf die Bewilligung einer Umschulung intransparent erscheinen. Die alltagsweltlichen Orientierungen sind nicht zwangsläufig mit bürokratisch-organisatorischen Perspektiven kompatibel (Detka 2007, S. 11). Je nach Konstellation können die Institutionen und Akteure des Versorgungssystems in diesem Verhältnis eine zukunftsdefinierende Machtposition wie auch die Rolle eines unterstützenden Weichenstellers einnehmen. Die Berücksichtigung der biographischen Dimension ist meines Erachtens nach in einer Berufsberatung im Setting der Rehabilitation unabdingbar und der Ansatz der biographischen Diagnostik von Dern und Hanses (2001) sollte weiter verfolgt werden, denn „eine Berufsfindung, die ihre handlungsleitenden Sinnhorizonte entlang des institutionell Machbaren organisiert, wird mit ihren Strategien und Angeboten nur wenig die biographischen Selbstsichten und damit Handlungsorientierungen ihrer NutzerInnen erreichen“ (ebd., S. 301). Die biographischen Selbstrepräsentationen, so stellt Wolf (2005) in ihrer gesprächsanalytischen Untersuchung über biographische Darstellungen in der Rentenberatung heraus, birgt eine Funktionalität der Problembearbeitung in diesem Setting. Biographische Erzählungen können u. a. als Versprachlichung eines Rekonstruktionsprozesses von (biographischen) Informationen interpretiert werden, um sich an fehlende versicherungsrelevante Informationen zu erinnern und um damit ein Sachproblem zu lösen – ein Deutungsschema, das nicht unbedingt zur Beratungspraxis der Rentenberater gehört. In diesem Zusammenhang bietet die Arbeit von Struck (2001) einen bedeutenden

forschungstheoretischen Ansatz, der die Rolle von Schlüsselfiguren als Gatekeeper in Übergängen im Lebensverlauf analysiert. Er macht deutlich, dass die Gatekeeper in zentraler Weise Übergänge im Lebenslauf beeinflussen, diese strukturieren und dabei selbst in Strukturen und Regularien und Rahmenbedingungen ihrer Organisation eingebunden sind.

„Hier bestimmt das Urteil von Gatekeepern den weiteren Lebensverlauf in erheblicher Weise mit. Zugleich erzeugt das Handeln dieser Verantwortungsträger chancen- und risikenbehaftete sozialstrukturelle Verteilungsmuster und Deutungsrahmen von Organisationen und Institution, die von den Individuen wahrgenommen werden und die in den Lebensentwürfen und in der Realisierung individueller Biographien Berücksichtigung finden.“ (ebd., S. 49)

Mit Blick auf die wegweisende Funktion der Sozialarbeiterin, Reha-Beraterinnen und Reha-Berater für die (Erwerbs-)Biographie der befragten Personen in meiner Untersuchung wäre es von großer Bedeutung, sich in Forschungsarbeiten näher mit dem berufsbiographischen Handlungsrahmen aus Perspektive der Gatekeeper und Betroffenen zu befassen.

„Gerade weil Gatekeeper in ihren Entscheidungen Situationsdefinitionen vornehmen, Kriterien und Regeln festlegen und z.T. an der Institutionalisierung von Normen mitwirken, ist es von hoher Bedeutung, in welchem Kontext sie selbst ihre Entscheidungsfreiheiten und –zwänge sehen.“ (ebd., S. 48)

In den Ausführungen zu den einzelnen Bezugspunkten der Krankheitsbewältigung und der beruflichen Neuorientierung wurden in unterschiedlichen Zusammenhängen bereits Faktoren benannt, die ein RTW bedingen. Diese Faktoren werden im Folgenden zusammengetragen, und in diesem Zuge werden die Ergebnisse dieser Studie genutzt, um das Verständnis von RTW konzeptionell zu erweitern.

5.5 Ein erweitertes Verständnis von Return to Work

Mit Return to Work berührt meine Arbeit einen sehr aktuellen fachlichen nationalen und internationalen Diskurs. Es muss dabei berücksichtigt werden, dass RTW nicht im Fokus meiner Untersuchung stand und daher nur ansatzweise beleuchtet werden konnte. Im Folgenden sollen ausgewählte Aspekte herausgestellt werden, die meiner Meinung nach Entwicklungsansätze für die Ausgestaltung eines erweiterten Verständnisses von RTW vermitteln.

Unter der Fragestellung, welche Faktoren eine Rückkehr in das Arbeitsleben nach einer gesundheitlichen Krise begünstigen, konnten auf Basis der empirischen Ergebnisse folgende Aspekte herausgestellt werden:

- stabile Gesundheit
- wichtige Position im Team/Unternehmen
- kraftgebende Ankerpunkte im privaten Leben
- sinnstiftende Aspekte der beruflichen Tätigkeit

- hohe Selbstwirksamkeit und/oder hoher Arbeitsethos
- soziale Unterstützung (am Arbeitsplatz und im privaten Umfeld)
- angepasste tätigkeitsspezifische Rahmenbedingungen und Prozesse
- vertrauensvolle Unternehmenskultur

Hiermit sind sowohl auf der personalen als auch auf der kontextualen Ebene Faktoren für den RTW-Prozess identifiziert, die auch Hoefsmit, Houkes et al. (2014) als zentrale Faktoren für ein frühzeitiges RTW belegen, so z. B. eine positive Einschätzung der Erwerbssituation durch die Beschäftigten (personaler Faktor) oder die soziale Unterstützung im privaten Umfeld (Kontextfaktor). In Ergänzung dazu wurde in der vorliegenden Untersuchung herausgearbeitet, welche weiteren spezifischen Faktoren auf personaler Ebene eine unterstützende Rolle spielen können. Hierzu zählen z. B. kraftgebende Ankerpunkte im privaten Leben oder eine hohe Selbstwirksamkeit, den Rückkehrprozess aktiv mitgestalten zu können. Als zentral für ein erfolgreiches RTW erwies sich zudem die Kommunikationsmöglichkeit mit den Vorgesetzten. Ein in meiner Arbeit nur schwer zu beurteilender Bereich, der laut Studiengruppe um Hoefsmit den RTW-Prozess unterstützt, ist die Kooperation zwischen u. a. den Beschäftigten, Arbeitgebern, medizinisch-therapeutischen Fachkräften und den Versicherungsinstitutionen, die ich in meinen untersuchten Fällen nur in Ansätzen vorgefunden habe. Der niederländische Studienkontext ist demnach nur schwer mit dem deutschen System vergleichbar, da im RTW-Prozess in den Niederlanden eine enge Kooperation zwischen Beschäftigten und Arbeitgebern gesetzlich verankert und realisiert ist; in Deutschland bestimmen hingegen eine Vielzahl von Akteuren und Zuständigkeiten diesen weniger standardisierten und koordinierten Prozess. In diesem Zusammenhang unterstreichen die Autoren, dass ein frühzeitiges RTW den medizinischen Heilungsprozess unterstützen kann. Ich denke, dieser Aspekt muss differenzierter betrachtet werden, denn diese Aussage basiert auf einem idealtypischen RTW-Prozess, der kooperativ und partizipativ gestaltet ist und vor diesem Hintergrund schon früh ansetzen kann. Ein solcher RTW-Prozess ist meiner Ansicht nach im deutschen Rehabilitationssystem noch nicht ausreichend entwickelt worden und bedarf dringend einer weiteren systematischen Ausgestaltung. In meinen Fällen war aber tendenziell erkennbar, dass eine offene Unternehmenskultur und ein gutes Verhältnis zum Vorgesetzten bereits in der Rehabilitationsklinik die Zuversicht steigerte, trotz bestehender gesundheitlicher Einschränkungen erfolgreich an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Zu bedenken gilt dabei immer, dass die Betroffenen einen im Lebenslauf nicht normativen Statuswechsel (von gesund zu krank, von leistungsfähig zu leistungsgemindert) vollziehen. Ist dieser Statuswechsel nicht institutionalisiert, kann eine antizipatorische Sozialisation (d. h. die Einnahme zukünftiger Rollen in einem antizipatorischen Sozialisationsprozess) nur begrenzt vollzogen

werden (Hoerning 1987: S. 241f). An dieser Stelle lohnt es sich nochmals, den älteren Aufsatz von (Marstedt und Mergner 1993) heranzuziehen, in dem die Autoren das Rehabilitationsgeschehen einbetten in das Konzept von „Statuspassagen“ und es als Teil eines komplexeren und in verschiedener Hinsicht uneindeutigen Passagenprozesses von „gesund“ nach „krank“, d. h. als eine institutionelle Antwort auf eine gesundheitlich bedingte prekäre Lebenslage bezeichnen (ebd., S. 242). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, warum RTW in Deutschland bisher eher als Ergebnis von medizinischer und beruflicher Rehabilitation operationalisiert und weniger als ein diese Statuspassage begleitender, partizipatorischer Prozess definiert ist, den es seitens aller institutionell verankerten Akteure (Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, Arbeitgeber) gemeinsam mit den Betroffenen systematisch und langfristig ausgelegt zu gestalten gilt. Genderperspektiven sollten dabei nochmals besondere Beachtung finden (Coutu, Cote et al. 2014) sowie die unterschiedlichen Perspektiven der Stakeholder im RTW-Prozess (Mitarbeiter, Unternehmen, Sozialversicherung etc.).

„Improving our understanding of the nature of the consensus and tensions among RTW stakeholders is an avenue for helping them collaborate in their attempts to reduce the burden of work disability.“ (Young 2014, S. 419)

Dieser Ansatz lässt sich meiner Meinung nach auch auf den Bereich der Prävention übertragen. Präventionsangebote im betrieblichen Kontext berühren auch immer die Lebenspraxis der Personen. Der Stellenwert von Präventionsangeboten aus Perspektive der Beschäftigten ist eingebettet in subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte und die tägliche Lebenspraxis. In den Diskussionen um die Entwicklung und Inanspruchnahme dieser Angebote in den einschlägigen Fachpublikationen bleibt dieser Aspekt allerdings bisher unberücksichtigt, obwohl der Zusammenhang zwischen dem Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit und der Lebensführung von Menschen in der Gesundheitssoziologie ein gut untersuchtes Forschungsfeld darstellt (z. B. Vester 2009; Wippermann, Arnold et al. 2011).

„Prävention geht fehl, wenn sie alleine an die Personen appelliert. Sie muss zugleich die betrieblichen, beruflichen, sozialen und kulturellen Strukturen, in welche die Gesundheits- und Krankheitsbiographien der Menschen eingebettet sind, in den Blick nehmen.“ (Hien 2009, S. 155f)

Wie komplex und vielschichtig sich die „Passage in den Krankheitsstatus“ (Marstedt und Mergner 1993, S. 242) darstellt, und wie bedeutsam vor diesem Hintergrund sowohl ein erkenntnistheoretisches als auch praxisrelevantes Interesse daran sein sollte, kann anhand dieser Punkte ausgeführt werden:

- Der gesundheitsbezogene Status derselben Person kann in verschiedenen Kontexten unterschiedlich sein (z. B. im Unternehmen „noch gesund“) und ist mit unterschiedlichen Verhaltenserwartungen verbunden.

- Sich widersprechende gesundheitsbezogene Statuszuschreibungen unterschiedlicher Instanzen können dem subjektiven Gesundheitszustand des Betroffenen widersprechen und im Zusammenhang mit divergierenden Interessen dieser Instanzen stehen.
- Diese Widersprüche können sich durch gesellschaftliche Wandlungsprozesse (z. B. erhöhte Leistungsanforderungen der Arbeitswelt oder Veränderungen der Definition von „gesund“ und „krank“) verschärfen.
- Der Krankheitsprozess unterliegt einer Unvorhersehbarkeit, Unplanbarkeit und geringen Einflussnahme durch die Betroffenen (ebd., S. 242f).

Ein zentraler Aspekt, der RTW anhand der vorliegenden Ergebnisse konzeptionell erweitert, bezieht sich auf den Perspektivwechsel, den die Betroffenen im Hinblick auf Arbeit und Gesundheit vollziehen. Ein zentrales Ergebnis meiner Studie im Kontext des RTW-Prozesses ist, dass, unabhängig davon, ob die Person wieder an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückgekehrt ist, die Sorge um die eigene Gesundheit auch ca. ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik im Mittelpunkt der beruflichen Situationsbeschreibung steht. Wie bereits mehrfach festgehalten, findet in diesem Krankheitserleben eine krisen-initiierte Fokusverschiebung auf die eigenen Bedürfnisse statt, d. h. die eigene Gesundheit hat durch diese Erfahrungen an Bedeutung gewonnen. Der Stellenwert von Gesundheit hat sich im Vergleich zurzeit vor dem Schlüsselerlebnis insofern verändert, dass nun bewusst über deren Bedeutung nachgedacht wird. Gesundheit wird verstärkt als Ressource im privaten und beruflichen Leben wahrgenommen, d. h. als Voraussetzung gesehen, um weiterhin arbeiten und aktiv sein zu können. Dies deckt sich mit den Befunden von Kardorff, Meschnig et al. (2016, unveröffentlicht), die darauf verweisen, dass u. a. gesundheitliche Stabilität und ein aktiver Umgang mit der Krankheit günstige Voraussetzung für den erfolgreichen RTW darstellen (ebd., S. 209). Statt die Gesundheit der Arbeit unterzuordnen, wird versucht, die Bedingungen des Arbeitsplatzes und private Verpflichtungen möglichst umfassend an ihr auszurichten. Es vollzieht sich ein Perspektivwechsel von Arbeit oder Gesundheit hin zu Arbeit und Gesundheit. Dieser Perspektivwechsel geht einher mit einem Ablösen von Routinen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Der höhere Stellenwert der eigenen Gesundheit findet in den unterschiedlichen Strategien des Gesundheitshandelns (Schutz, Stärkung, Regeneration) Ausdruck, deren Umsetzung im Alltag allerdings durch alte Verhaltens- und Denkmuster und auch durch äußere Rahmenbedingungen wie fehlende Gestaltbarkeit von Arbeitsprozessen oder fehlende Zeitfenster immer wieder Grenzen gesetzt sind. Erschwerend ist, wenn ein kritischer gesundheitlicher Status vorliegt, familiäre Probleme bestehen, aber auch unzureichende ärztliche Beratung zu beobachten ist. Insbesondere eine Etablierung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz ist nicht immer möglich. Gründe hierfür liegen in den Tätigkeitsfeldern und fixen Arbeitsabläufen sowie dem weithin bestehenden Personalmangel einerseits und andererseits im fehlenden Engagement und Ver-

ständnis der Vorgesetzten für die Bedürfnisse der Beschäftigten. Die „emotionale Passung“ (Gebauer 2016), also ein den Beschäftigten entgegengebrachtes positives Gefühl seitens der Arbeitgeber, ist aus Sicht beruflicher Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zentral für die Aufnahme und den Erhalt eines Beschäftigungsverhältnisses. Exemplarisch konnte in dieser Studie in diesem Zusammenhang gezeigt werden, wie die Beschäftigten im Arbeitskontext bewusst Strategien der Entschleunigung eingesetzt haben, die im Privatleben eher Akzeptanz finden als im Erwerbsleben. In einzelnen Fällen wurde deutlich, dass diese Selbstsorge im Erwerbskontext durch die Vorgesetzten als leistungsmindernd bewertet wird und negativ auf die Beschäftigten zurückfällt. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die Betroffenen den vorhandenen flexiblen Raum konsequent für sich nutzen. Rahmenbedingungen, Zwischenmenschlichkeit und Eigenverantwortung bedingen demnach gleichermaßen ein gesundes Arbeiten. Damit möchte ich die Erkenntnisse von Beck, Bonn et al. (2010) ergänzen, indem nicht nur die Wahrnehmungen der Beschäftigten über die Arbeitsbedingungen und Belastungen sowie die bestehenden betrieblichen Regeln und Ressourcen eine Rolle für gesunde Arbeit spielen, sondern auch die subjektiven Konzepte und Alltagspraktiken der Beschäftigten selbst einen bedeutsamen Einfluss darauf ausüben.

Auffallend ist bei den Personen, die wieder im Arbeitsleben stehen, dass die Folgen des Schlüsselerlebnisses erneut im Arbeitsleben als Bruch im Leben kontextualisiert und durch die Interaktion mit dem Umfeld, im Verhältnis mit den beruflichen Tätigkeitsanforderungen und Rahmenbedingungen spürbar werden. Dieses Ergebnis verweist auf den bisher unberücksichtigten Aspekt der neuen Bedingungskonstellation am vorherigen Arbeitsplatz nach RTW, in der die bzw. der zurückkehrte Beschäftigte, unter der Prämisse einer bedingten Gesundheit, vor dem Hintergrund der vielfältigen Bewältigungsarbeiten und in der Regel unveränderten tätigkeitsbedingten Risikokonstellationen in den beruflichen Alltag zurückkehrt.

Return to Work stellt sich als eine Versuchsphase dar, in der ausgelotet wird, wo die eigenen Grenzen liegen, ob und wie der Arbeitsprozess an die eigene Gesundheit angepasst werden kann oder welche Unterstützung durch das Kollegium erwartbar ist. Ähnlich verhält es sich mit denjenigen, die sich noch nicht wieder im Arbeitsprozess befinden, mit dem Unterschied, dass sich dieses Ausloten für diese Personen auf einer theoretischen Ebene abspielt. Festzuhalten ist zudem, dass insbesondere die Nicht-Sichtbarkeit der Erkrankung dazu führt, dass die Betroffenen von außen durchaus als gesund wahrgenommen werden, sie sich aber selbst als gesundheitlich vulnerabel wahrnehmen. Nicht in jedem Fall können Widersprüche im Laufe der Zeit aufgelöst bzw. minimiert werden. In diesen Fällen droht sich die Risikokonstellation gesundheitlicher

Belastungen erneut zu formieren. Es ist zu beobachten, dass die Betroffenen vor dem Hintergrund bestehender Gesundheitsproblematiken, nur begrenzt beeinflussbarer Risikokonstellationen und einer prekären Arbeitsplatzsituation sich auch nach Rückkehr in das Arbeitsleben mit ihrer beruflichen Zukunft auseinandersetzen und langfristige Zukunftsszenarien entwickeln. Der Prozess des RTW und der vielfältigen Aushandlungen (vgl. 5.4) ist aus Perspektive der Betroffenen nicht mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit abgeschlossen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Borgetto (1999). So setzen sich Patienten nach der Bypassoperation, die wieder im alten Beruf tätig sind, mit beruflichen Handlungsalternativen auseinander, die ihnen vor der Operation nicht bedeutsam erschienen wie z. B. eine Frühberentung. Die Ergebnisse meiner Studie verweisen darüber hinaus auf die weiterhin bestehenden tätigkeitsspezifischen (z. B. Zwangshaltung an der Maschine) und kontextualen (z. B. schlechtes Arbeitsklima) Risikokonstellationen für die Betroffenen, die somit die Grundlage für einen erneuten gesundheitlichen Einbruch bilden, der von den Betroffenen durchaus bewusst wahrgenommen wird. Dieser latente drohende Rückfall lässt bei den Betroffenen die bisher nur angedachten Handlungsalternativen wie Erwerbsminderungsrente oder Frühberentung zunehmend realistischer erscheinen. Auch Sackmann (2013) zeigt, dass in der Gesundheitssicherung ein zentrales Motiv für eine Frühverrentung bei älteren Beschäftigten „gerade in körperlich anstrengenden Berufen“ (ebd., S. 166) liegt. Die Kategorie der Arbeitskraftunternehmer erlangt unter dieser Perspektive eine besondere Bedeutung, denn Arbeitskraftunternehmer können zunächst nicht mehr auf eine vollständige Leistungsfähigkeit zurückgreifen und diese entsprechend der Unternehmenserfordernisse vermarkten. Hinzu kommt, dass sie gleichzeitig die Rolle des Gesundheitsmanagers ausfüllen müssen, in dem sie vor dem Hintergrund der vielfältigen Anforderungen ihrer aktuellen (nach Rückkehr an den Arbeitsplatz) bzw. zukünftigen (vor Rückkehr auf den Arbeitsmarkt) Tätigkeit ihre Ressource Gesundheit ständig überwachen müssen.

Schließlich plädiere ich dafür, in weiteren Forschungsarbeiten zu RTW, diese vielfältigen Herausforderungen für die Personen im RTW-Prozess zu berücksichtigen, um damit das Verständnis von beruflicher Teilhabe umfassend zu beleuchten. Unter dieser Perspektive sollte zudem bedacht werden, dass eine Rückkehr besonders unter qualitativen Gesichtspunkten zu betrachten ist. Die Berücksichtigung persönlicher Erfolgsdimensionen ermöglicht ein weit gefassteres, lebensweltliches und kontextuales Verstehen der individuellen Lage der Betroffenen. Unter dieser Betrachtung kann die Rückkehr in das Arbeitsleben als einer von vielen möglichen Erfolgen gedeutet werden. Er ist durchaus zentral für die Zurückgewinnung eines positiven Selbstbilds (Coutu, Cote et al. 2014). Dabei ist noch offen, was aus Sicht einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers als erfolgreich bewertet wird, denn die Perspektiven der Stakeholder im

RTW-Prozess (Mitarbeiter, Unternehmen, Sozialversicherung etc.) können durchaus unterschiedlich sein (vgl. Young 2014). Weitere persönliche Erfolge sind der Schritt aus der Leidensspirale, die Verbesserung der Gesundheit und die erfolgreiche Bewältigung von neuen Herausforderungen. Erfolg ist damit nicht nur ein Vergleichspunkt zu einem vorher, sondern sollte prozessual gedacht und in Relation zu den vielfältigen Anforderungen im Krankheitsverlauf und im Prozess der beruflichen Neuorientierung verstanden werden.

Abschließend möchte ich nun noch einen kurzen Ausblick für die Praxis und Forschung geben.

5.6 Ausblick für Praxis und Forschung

Im folgenden Ausblick werde ich ausgewählte Ergebnisse dieser Studie zu drei Themenbereichen verdichten: gesundheitsbedingte Statuspassagen in der Erwerbsbiographie, die Rolle der Schlüsselakteure und die Bedeutung der Unternehmenskultur. Diese Bereiche stellen in besonderem Maße den Kern der Ergebnisse dar und verweisen zugleich auf praxisrelevante Handlungsansätze sowie auf weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen. Ich sehe insbesondere in den Forschungsimpulsen eine Chance, den ausgeprägten Anwendungsbezug in der Rehabilitationsforschung noch stärker theoretisch zu fundieren.

Unter einer erwerbsbiographischen Perspektive stellen gesundheitsbedingte Brüche einen Statuswechsel von gesund zu krank, von leistungsstark zu leistungsgemindert dar. Die institutionalisierten medizinischen und rehabilitativen Behandlungsprozesse verstärken dieses Bewusstsein bei den Betroffenen. Deshalb ist es von großer Bedeutung, diese ausgelösten identitätsbildenden Prozesse mit diesem Wissen zu begleiten, in dem die professionellen Akteure in medizinischen und rehabilitativen Settings verstärkt für die individuellen berufsbiographischen Krisen und Krankheitsbewältigungsprozesse der Betroffenen sensibilisiert werden. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass eine somatische Erkrankung durchaus eine psychische Beanspruchung nach sich ziehen kann. Zudem scheint sich eine dauerhafte gesundheitliche Vulnerabilität als ein zentrales Merkmal dieses Statuswechsels zu erweisen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wann und unter welchen Bedingungen ein geeigneter Zeitpunkt für die Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Zukunft ist. Dieser Aspekt lässt sich in einen grundsätzlichen Forschungsbedarf mit Fokus auf die Bewältigung chronischer nicht-progredienter Erkrankungen im Erwerbskontext überführen. Studien hierzu sollten über einen längeren Verlauf angelegt sein, um bspw. Veränderungsdynamiken subjektiver Konzepte zu Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von personalen und erwerbspezifischen Kontextfaktoren zu beobachten.

Die Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz oder an einen neuen Arbeitsplatz nach einer Umschulung stellen in diesem Statuswechsel wichtige Übergangspassagen dar, und diese sollten nicht nur als Ergebnis medizinischer und rehabilitativer Behandlungsprozesse bewertet werden. Zugespitzt formuliert, beginnt damit für die Betroffenen eine neue Lebensphase in der Rolle eines gesundheitsmanagenden Arbeitskraftunternehmers vor dem Hintergrund gesundheitlicher und biographischer Krisen. Dies stößt weiterführende Forschungsimpulse zur RTW an, in denen es zu untersuchen gilt, wie die Phase nach Rückkehr in Erwerbstätigkeit verläuft, und welche langfristigen Auswirkungen diese zweifache (arbeitsmarkt- und gesundheitsbedingte) Arbeitsplatzunsicherheit auf die Lebensplanung hat. Dabei könnte es besonders lohnend sein, die Erfolgsdefinitionen von Rehabilitation und RTW aus der Perspektive aller Stakeholder zu untersuchen, um mögliche Diskrepanzen und Schnittmengen zu beschreiben.

In diesem Zusammenhang stellt eine weitere Ausgestaltung und Implementierung berufsbiographischer Beratungskonzepte ein bedeutsames anwendungsbezogenes Forschungs- und Entwicklungsfeld für den Kontext der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dar. Durch einen individuellen Beratungsansatz, der die vielfältigen Facetten und Hintergründe der Aushandlungsarena aufgreift, können gemeinsam mit den Betroffenen sinnstiftende Impulse im gesundheitlichen und berufsbiographischen Bewältigungsprozess erarbeitet werden. Ein in dieser Arbeit nicht weiter aufgegriffener Aspekt ist die Herausbildung eines Leitmotivs auf Grund biographischer Krisen, das als zentraler Ankerpunkt im Prozess der gesundheitsbedingten beruflichen Neuorientierung erscheint. Diese Erkenntnis sollte vertiefend in die Bezüge der Biographieforschung gestellt werden. Anknüpfend daran könnte die Frage aufgegriffen werden, welche biographischen Lernprozesse durch die gesundheitsbedingten berufsbiographischen Brüche ausgelöst werden.

Vor dem Hintergrund der Komplexität und der vielfältigen personalen und kontextualen Auswirkungen des Statuswechsels kommt den professionellen Akteuren des medizinischen und rehabilitativen Versorgungssystems eine besondere Bedeutung zu, denn sie nehmen die Rolle als wegweisende Schlüsselakteure für die Betroffenen ein. Es wurde allerdings in dieser Studie deutlich, dass sich ihr Handlungsspektrum nahezu ausschließlich auf definierte Bereiche ihrer Profession richtet und nur vereinzelt die komplexen Lebens- und Bedarfslagen der Menschen Berücksichtigung fanden. Insbesondere war in diesem Zusammenhang eine Diskrepanz zwischen den konkreten arbeitsplatzspezifischen Bedarfslagen der Betroffenen und der Reichweite professioneller Aktivitäten deutlich. Es fehlen Akteure im Versorgungssystem, die versorgungssektorenübergreifend, bedarfsorientiert und arbeitsplatzspezifisch die Betroffenen im

Anschluss an die medizinische Rehabilitation und nach Rückkehr in Arbeit begleiten. Diese Beobachtung wirft zum einen die Frage auf, welchem Professionsverständnis und welchen normativen Leitsätzen die unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb der medizinischen Rehabilitation und die Akteure des Sozialversicherungssystems folgen sowie ob und in welcher Form diese Bezugspunkte auf den Arbeitsplatz- und Lebensweltbezug ihrer Klienten ausgerichtet sind. Zum anderen stellt sich die Frage, wie die institutionalisierten Strukturen und Prozesse dieses Handeln und das Professionsverständnis der Akteure beeinflussen, und welcher Veränderungen es bedarf, um einen stärkeren prozessorientierten Lebenswelt- und Arbeitsplatzbezug zu realisieren.

Die Unternehmenskultur erschließt sich als bedeutsame Rahmenbedingung in Bezug auf die Exklusion aus dem Erwerbsleben und im Hinblick auf die Rückkehr in das Erwerbsleben. Grundsätzlich ist noch weitere systematische Forschung darüber notwendig, welche Dynamiken in Unternehmenskulturen als Teil von gesundheitsgefährdenden Risikokonstellationen wirken, und welche Faktoren im System einer Unternehmenskultur förderliche Bedingungsrahmen von Beschäftigungsfähigkeit darstellen. Die mögliche salutogenetische Wirkung von Erwerbsarbeit insgesamt, aber auch die Bedingungen für salutogenetisch wirkende Faktoren wie bspw. Arbeitszufriedenheit, könnten einen besonderen Fokus von Untersuchungen in diesem Feld darstellen. Weiter spezifizieren ließen sich die Fragen, unter welchen Bedingungen Beschäftigte gesund bleiben oder erkranken, welche subjektiven Konzepte und Haltungen (z. B. Körperbezug und Arbeitsethos) eine Rolle für die Entstehung von Risikokonstellationen spielen, und unter welchen Bedingungen diese wiederum als Ressourcen wirken können. Eng verknüpft mit diesem Themenfeld sind die Bedingungen von Präsentismus, die durch ein vertiefendes Verständnis von der Wechselwirkung zwischen subjektiven Konzepten und dem Erwerbskontext weiter aufgeschlüsselt werden könnten. Diese Fragen sollten dabei übergeordnet die Unterscheidung nach Geschlecht, Erkrankungsarten und Berufsgruppen beinhalten.

Gleichzeitig deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass es Hinweise auf sich potenzierende Belastungskarrieren von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gibt. Daraus ergeben sich Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen, die aber voraussetzen, dass insbesondere Führungskräfte für die eigene Unternehmenskultur und die eigene Rolle in diesem System sensibilisiert sind. Ebenso bedeutsam ist die Sensibilisierung der Beschäftigten und Führungskräfte für die eigene Gesundheit im Arbeitsalltag und für die Reflexion von individuellen Belastungsdynamiken. Insgesamt könnte es vor dem Hintergrund der vielfältigen Lebens- und Gesundheitspraxen

von Menschen sinnvoll sein, die Entwicklung und Implementierung von Präventionsansätzen und RTW-Prozessen im Unternehmen partizipativ zu gestalten.

Zusammenfassend stellt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse dar, dass Erklärungs- und Lösungsansätze für gesundheitliche Problemlagen einzelner Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter im Unternehmen auf individueller Ebene belassen werden, wobei es sinnvoll sein könnte, daraus systemische Veränderungsansätze abzuleiten. Übergeordnet wird zudem deutlich, dass bestehende Erkenntnisse zu Gesundheit und Arbeit aus psychologischen und soziologischen Forschungsdisziplinen noch stärker in anwendungsbezogene Kontexte der Arbeitswelt überführt werden könnten bspw. im Zuge der Entwicklung von Präventionsansätzen oder in der Verknüpfung mit dem Konstrukt von Beschäftigungsfähigkeit. Dabei ist es erforderlich, gezielt fördernde und hemmende Faktoren einer solchen Implementation in den Blick zu nehmen.

Anhang

Interviewleitfaden med. Rehabilitanden t1

Beruflicher Hintergrund

Bitte beschreiben Sie mir Ihren beruflichen Werdegang.

Einstellungen zum Beruf

Wieso haben Sie sich für diesen Beruf entschieden?

Wie wichtig ist Ihnen ihre Arbeit als....?

Krankheitserleben

Was haben Sie gemacht, wenn Sie krank wurden?

Wie reagieren Ihre Kollegen und Vorgesetzten, wenn Sie krank sind?

Wie war das bei Ihnen zu Hause, wenn man krank war?

Auswirkungen der Krankheit

Was hat sich durch Ihre Krankheit verändert?

Wann und woran haben Sie gemerkt, dass es so nicht weiter gehen kann?

(Wie sind Sie in die Reha-Einrichtung gekommen?)

Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Rehabilitation?

Familiäre Unterstützung

Von wem erhalten Sie Unterstützung, wenn es Ihnen nicht gut geht?

Wie wird sich ihr Familienleben verändern, wenn Sie sich beruflich verändern müssen?

Zukunftsvorstellungen

Wie geht es beruflich für Sie weiter?

Interviewleitfaden med. Rehabilitanden t2

Einstieg

Wie ging es nach unserem letzten Gespräch für Sie weiter?

Veränderungen

Was hat sich in Ihrem Leben durch Ihre Erkrankung verändert?

Wie haben Sie sich zu früher verändert?

Hat sich Ihre Sicht auf den Beruf durch Krankheit, Reha oder einfach durch die letzten Erfahrungen verändert?

Wie wichtig ist der Beruf im Leben?

Unterstützung, Ressourcen

Von wem erfahren Sie Unterstützung/haben Sie Unterstützung erfahren?

Was hilft/half Ihnen in schwierigen Phasen, was gibt/gab Ihnen Kraft?

Subjektive Gesundheit

Wie ist das mit Ihrer Gesundheit heute, was ist Ihnen da wichtig?

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie sich besonders gesund gefühlt haben?

Wann fühlen Sie sich krank?

Wenn Sie auf die letzte Zeit zurückblicken, hat sich ihre Vorstellung von Gesundheit verändert?

Können Sie mir beschreiben, was Sie mit dem Wort Gesundheit verbinden?

Was tun Sie für Ihre Gesundheit?

Welche Rolle spielt Ihre Gesundheit in Ihrem Berufsalltag?

Welche Rolle spielt Gesundheit in Ihrer Familie? (Bsp. Aus Familienalltag)

*Wie wichtig war das Thema Gesundheit früher in Ihrer Herkunftsfamilie?
Können Sie ein Beispiel erzählen? (Was haben Ihre Eltern getan, um gesund zu bleiben?)*

*Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie als Kind krank waren?
(Wie haben Sie sich gefühlt? Wer hat sich um Sie gekümmert?)*

Berufliche Zukunft

Wie geht es beruflich für Sie weiter?

Was würden Sie anderen in Ihrer Situation mitgeben?

Möchten Sie sonst noch etwas zu dem Thema sagen, was wir jetzt vielleicht noch nicht besprochen haben?

Anhang 1: Interviewleitfäden t1 und t2

Transkriptionsregeln

,	kurzes Absetzen
?	Frageintonation
(4)	Dauer der Pause in Sekunden
Ja:	Dehnung eines Vokals
((lachend))	Kommentar der Transkribierenden
nein	betont
viel-	Abbruch eines Wortes oder einer Äußerung
(unverständlich)	Äußerung unverständlich
Ja=ja	schneller Abschluss
Ja so war er	
[Nein ich	gleichzeitiges Sprechen ab „so“

Anhang 2: Transkriptionsregeln nach Rosenthal (2005, S. 95)

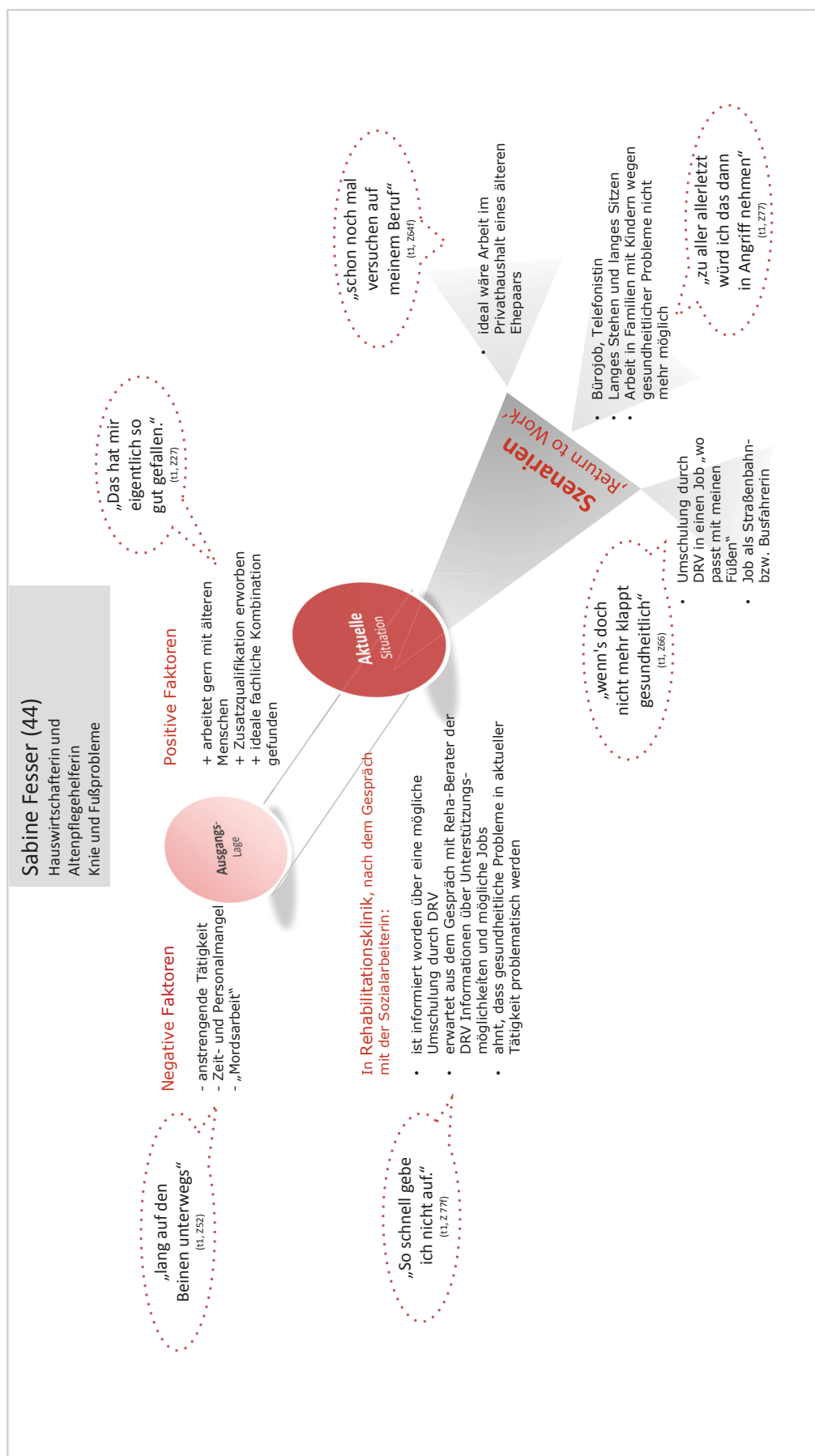
Anhang 3: Erfahrungen mit Krankheit in Familie

Sabine Fesser	Erkrankungen in der Familie/gesundheitliche Krisen	Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	<p>Herkunftsfamilie: Laut Mutter sind Fußprobleme von Oma vererbt, hatte starke Bein- und Fußschmerzen, konnte nicht an Familienausflügen partizipieren</p> <p>Bruder gestorben, war „extrem mit Drogen“</p>	<p>Herkunftsfamilie: Familie musste „herhalten für Arbeit“, Arbeit stand insbesondere beim Vater an erster Stelle</p> <p>Geschwister sind auch „hart im Nehmen“</p> <p>Gesunde Lebensweise im Glauben verankert (nur die Frauen der Familien gehören der Religion an)</p> <p>Vater und Brüder haben sich durch ihre Lebensweise Schaden zugefügt: Rauchen, Alkohol, Drogen nehmen</p> <p>Unterstützung von Mutter; ansonsten bisher wenig Verständnis für die eigene chronische Krankheit seitens der Familie erfahren</p>	<p>„[...] weil ich so'n Typ halt-, wie gesagt, immer getan, immer gemacht. Auf die Zähne beiß, so 'n Kamikazetyp.“ (t2, Z119f)</p> <p>„Ich lebe so weit gesund. Ich rauche nicht, trinke nicht und nehme keine Drogen.“ (t2, Z545)</p> <p>„So Ende dreißig ging's dann los, wo ich's richtig auch wahrnehmen musste. Wo ich auch nimmer verdrängen konnte, ne? Wie gesagt, bin so der hart im Nehmen Typ und also bis ich dann mal anfangen zu jammern, das dauert. Also kam schon plötzlich dann, ab Ende dreißig.“ (t2, Z551ff)</p> <p>„Fersensporn ist auch ne längere Sache. Ich hab ein Jahr damit zu tun gehabt, bin zu allen Ärzten, alle Behandlungen durchgeführt [...] hat nichts geholfen [...] und war auch noch teuer. Musst ich selbst bezahlen.“ (t1, Z32ff)</p>	<p>Kamikazetyp, hart im Nehmen</p> <p>Bewusster gesunder Lebensstil geleitet durch Religion (Zeugen Jehovas)</p> <p>Erkrankungen werden bedingt durch Lebensstil, Alter, genetische Veranlagung, Belastungen</p> <p>Aktive Inanspruchnahme von Ärzten</p> <p>Bereitschaft, Behandlungen zu bezahlen</p>

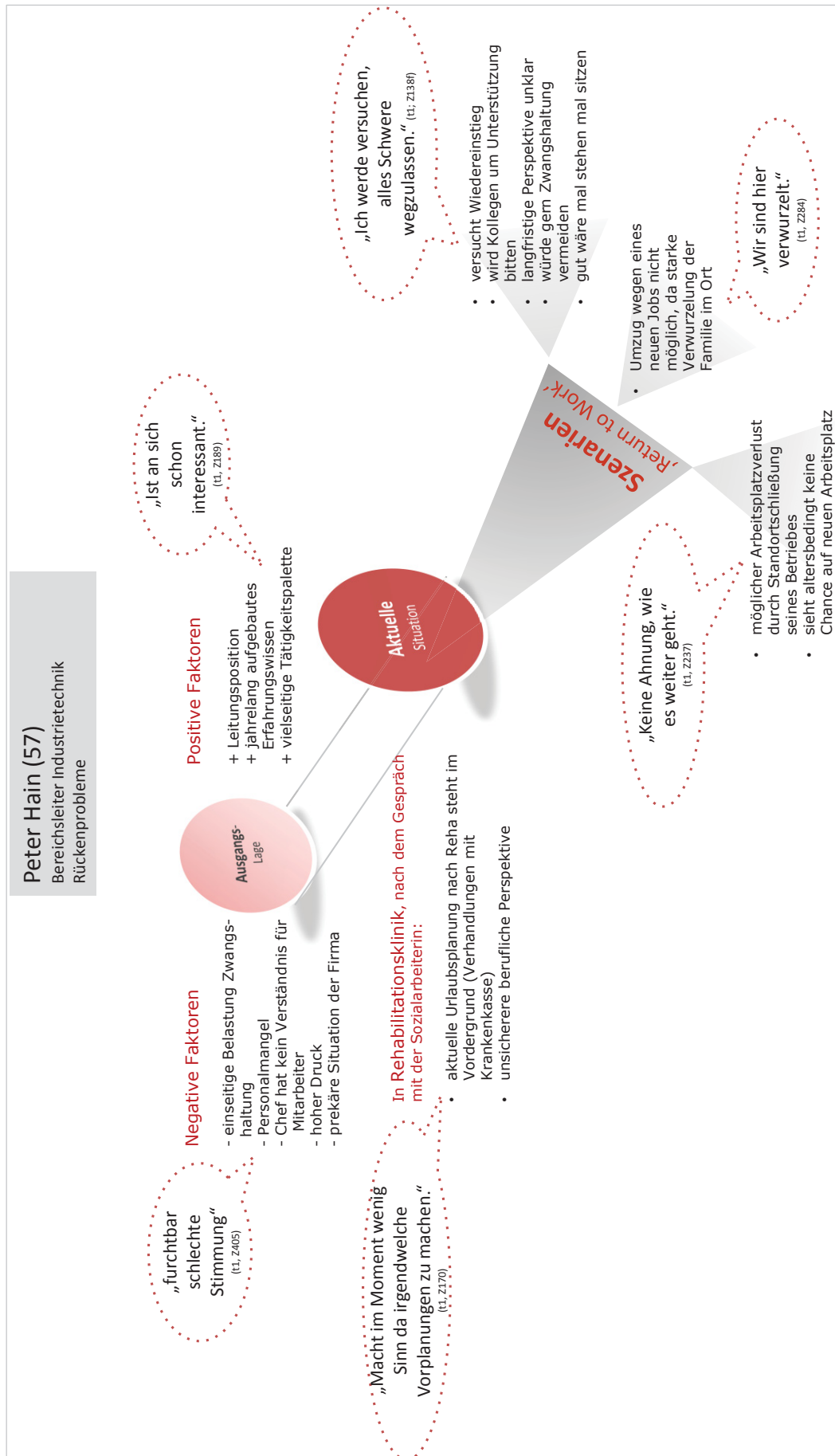
Peter Hain	Erkrankungen in der Familie/Krisen	Familiäre Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	<p>Gegenwartsfamilie: Ehefrau war an Krebs erkrankt; erfolgreich behandelt</p>	<p>Herkunftsfamilie: zur damaligen Zeit wurde weniger auf Gesundheit geachtet</p> <p>Gegenwartsfamilie: Kinder interessieren sich noch nicht für Gesundheitsprobleme; Sohn ist Single, leistet viel im Beruf und hat nach Aussagen des Vaters hohes Gefährdungspotenzial durch Hobby (Vollgieren); Tochter hat Familie und anderen Tagesablauf, hat psychischen Stress durch Arbeit und Weiterbildung</p>	<p>„In meiner Lehrzeit [...] die ersten Farbfernsehgeräte in der ersten Generation das waren ja solche Kisten. Die waren ja unheimlich schwer. Ja oftmals ist man zum Kunden hingekommen, war allein unterwegs vierte- von vierte Stock runter das Ding alleine getragen.“ (t2, Z543ff)</p> <p>„Jetzt steh ich auch wieder zwei, zweieinhalb Stunden an der Drehmaschine. Ist ja an sich genau des was ich wieder nicht machen sollte mit Zwangshaltung.“ (t2, Z76ff)</p> <p>„Es ist ja immer so, man macht ja immer nur dann was, wenn's wirklich weh tut. Ich hab ja die Möglichkeit, ich kann- ich nehme mir meine Walking Sticks und lauf dann dahinter raus, aber freiwillig macht man's a nicht.“ (t2, Z315ff)</p>	<p>Erst mit dem Alter spielt Gesundheit eine wichtige Rolle</p> <p>Wenig Einflussnahme auf Belastungen im Beruf</p> <p>Für die Gesundheit tut man erst etwas, wenn es „wirklich weh tut“</p> <p>Ärzte haben Verantwortung für die Nachsorge nach der Reha</p>

Hans Kirch	Erkrankungen in der Familie/Krisen	Familiäre Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	Herkunftsfamilie: Keine Informationen	Herkunftsfamilie: Arbeit stand im Vordergrund, Gesundheit spielte eine untergeordnete Rolle Gegenwartsfamilie: Hat Verständnis für Sohn, dem Arbeit als Landschaftsgärtner in Gemeinde körperlich zu schwer war und neue Ausbildung macht Denkt daran, dass Söhne mit Fitness „vorbeugen“ können	<p>„Ich hab so viel Kraft gehabt, also ich konnte alles. [...] Keine Beschwerden. Ich konnte alles heben, lupfen, also mal über Grenze, sag ich einmal. Kein Problem gehabt. Überhaupt kein Problem, also mit irgendwas Schwerem, nie. Aber jetzt klar, jetzt kommt das, was ich vielleicht zu viel gemacht hab.“ (t1, Z458)</p> <p>„In sechs Wochen kriegen wir Termin in der Röhre [...] hab ich gesagt, so lange kann ich nicht warten. [...] Dann hab ich mich selber noch umgeschaut, dass ich irgendwo Termin krieg [...] Termin gehabt, ganz schnell“ (t1, Z 150ff)</p>	<p>Über eigene Grenzen gehen, harte Arbeit von zu Hause gewohnt</p> <p>Wenig Erfahrung mit dem eigenen Kranksein</p> <p>Aktive Inanspruchnahme von Ärzten und Unterstützung von Familie und Kollegen</p>
Claudio Osdorf	Erkrankungen in der Familie/Krisen	Familiäre Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	Herkunftsfamilie: Lungenerkrankung des Bruders, musste Maurerberuf aufgeben, arbeitet jetzt beim Vater in der Firma – gesundheitsmäßig keine Probleme bei der Arbeit und im Alltag	Herkunftsfamilie: Umsorgende italienische Mutter Vater ist „skrupellos“ mit eigener Gesundheit, beachtet keinen Arbeitsschutz in seiner eigenen Werkstatt Claudio Osdorf gibt ihm Ratschläge zum Arbeitsschutz	<p>„Ich denke, das sind die wo-jeder deutsche Mensch mittlerweile hat so Rückenprobleme,“ (t1, Z491f)</p> <p>„Auf“m Bau den ganzen Tag schleppen, Staubschlucken und auf auf die Jahre wär das nix mehr für mich gewesen.“ (t1, Z38f)</p> <p>„Vor nem Monat hat's dann eben wieder angefangen. Da ich keinen Sport mach, nur in die Schule gehe. [...] Also ich nehme Tabletten ab und zu über die Nacht, Schmerztabletten, ja? Dass die Muskeln entspannt sind damit lässt sich's leben.“ (t2, Z10ff)</p>	<p>Rückenleiden ist normal</p> <p>Wollte nicht langfristig auf dem „Bau“ bleiben</p> <p>Lernerfolge in Umschulung kommen an erster Stelle</p> <p>Erst nach der Prüfungszeit wieder etwas für die Gesundheit tun (Sport)</p>

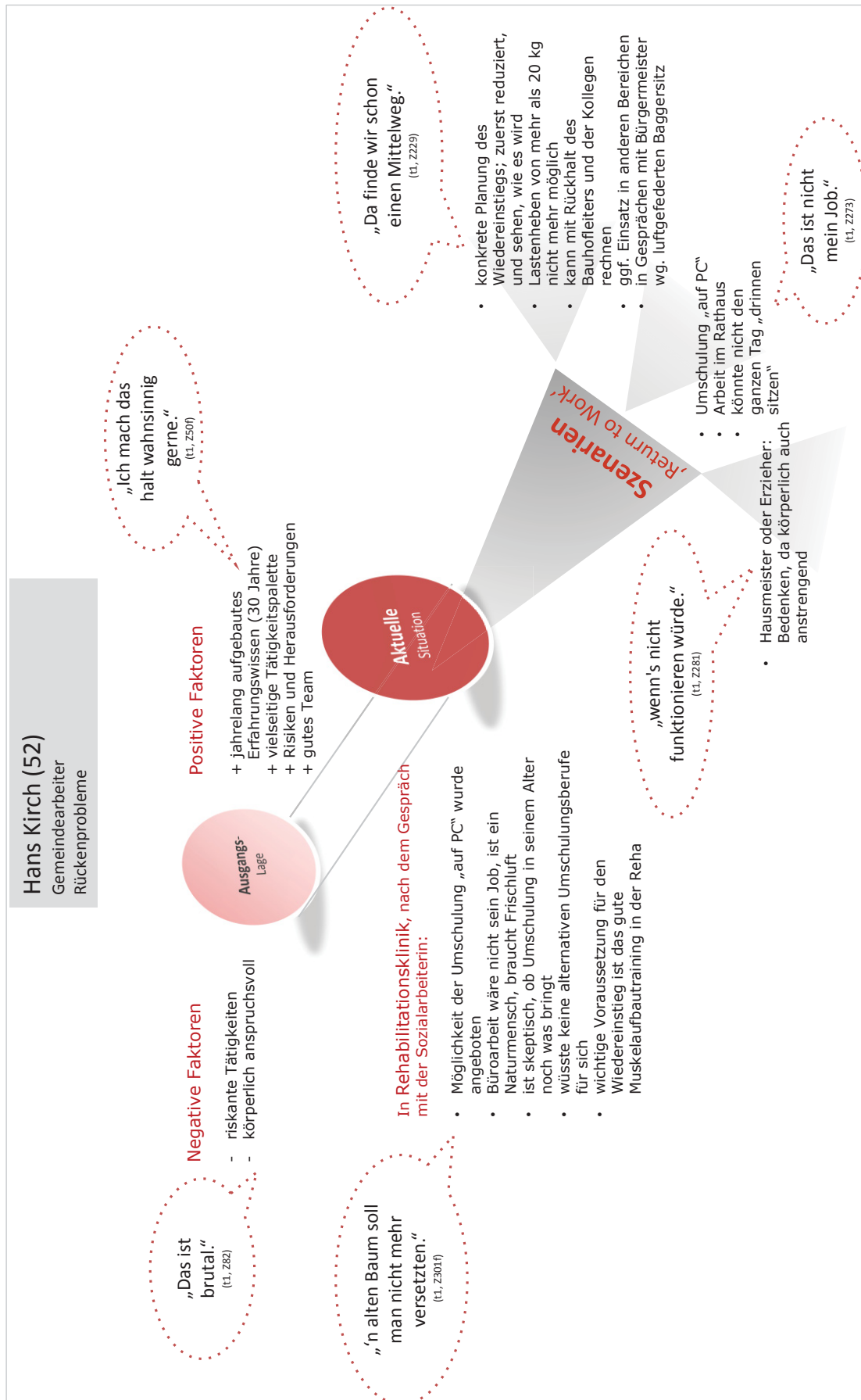
Katharina Rieger	Erkrankungen in der Familie/Krisen	Familiäre Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	Herkunfts familie: Vater 2011 an Krebs gestorben	Herkunfts familie: Katharina hat ihre Familie „aufgefangen“, als Vater gestorben war Familie unterstützt sich gegenseitig „ohne die geht nichts“; Mutter achtet auf Katharina und weist sie auf Grenzen hin Vater hat bis „zum Schluss“ gearbeitet, auch Mutter und Bruder brauchen den Arbeitsstress Gegenwarts familie: Partner ist selbstständig, kann sich nicht leisten, krank zu sein Beide sind „stur“ und hören nicht auf die Ratschläge der anderen	„Ich brauch eigentlich auch diesen Stress, weil es doch recht viel ist, was unser Aufgabengebiet umfasst.“ (t1, Z124ff) „Wenn ich mein OP Kittel anziehe, merk ich genau, ich hab die Bleischürze vergessen einfach, dann fehlt das Gewicht man ist es gewöhnt ja?“ (t1, Z246ff) „Ich geh mal schwimmen, auch wenn's nur 20 Minuten sind. Das hätte ich früher nicht gehabt die Zeit oder hätte mir die auch nicht- oder jetzt mal walken gehen. Die Zeit hab ich mir einfach nicht genommen für mich. Es waren immer andere wichtig [...] andern helfen ganz wichtig. Also ich hab 'n Helfersyndrom.“ (t1, Z148ff)	Braucht den Stress auf Arbeit Gewöhnung an Belastungen „Helfersyndrom“ Muss lernen, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern
Brigitte Schulz	Erkrankungen in der Familie/Krisen	Familiäre Gesundheitspraktiken	Leitzitate	Einstellungen und Gesundheitshandeln
	Herkunfts familie: Vater war asthmakrank und ist mit 42 Jahren „Frührentner geworden“, mit 55 gestorben, Ältester Bruder ist mit 18 an Herzfehler gestorben; zeitgleich war Vater mit Herzinfarkt im Krankenhaus Eine Schwester hat „behindertes Mädl“ Eine Schwester ist gesundheitlich angeschlagen; eine andere hat 2 Bandscheibenvorfälle Gegenwarts familie: 2005 Autounfall des Mannes mit bleibender Hörschädigung, trägt beidseitig Hörgeräte, will keine EM-Rente Tochter war in „Drogenszene gerutscht“	Herkunfts familie: Frauen der Familie kümmern sich um Familie; insbesondere die Mutter hat hart für Familie gearbeitet Gegenwarts familie: Frau Schulz gibt ihrer jüngeren Tochter (27) Ratschläge, im Beruf auf ihre Gesundheit zu achten und rechtzeitig den Beruf zu wechseln, sie hat jetzt schon Rückenprobleme hat ihre älteste Tochter (30) von den Drogen weggeholt	„Der größte Teil von den Geschwistern, die eine die ist gesundheitlich auch angeschlagen, die kann nicht mehr schaffen. Die andere die hat auch zwei Bandscheibenvorfälle gehabt, also es war nicht so, dass die jetzt so ausgepowert sind wie ich.“ (t1, Z271-275) „Krank hätt's da auch nicht gegeben. Du hast, hast, warst zwar krank, warst aber ständig unterwegs.“ (t1, Z107f) „Vier Stunden, und die will ich auch beibehalten. [...] wenn ich dann meine Erwerbsminderung weiterhin behalten kann, dann bin ich froh. Dann hab ich im Leben schon viel in dieser Zeit, schon viel erreicht.“ (t1, Z235)	Sich auspowern und aufopfern für Arbeit Trotz Krankheit nicht krank sein im Arbeitskontext Erwerbsminderung als Absicherung und Entlohnung für das Geleistete im Leben



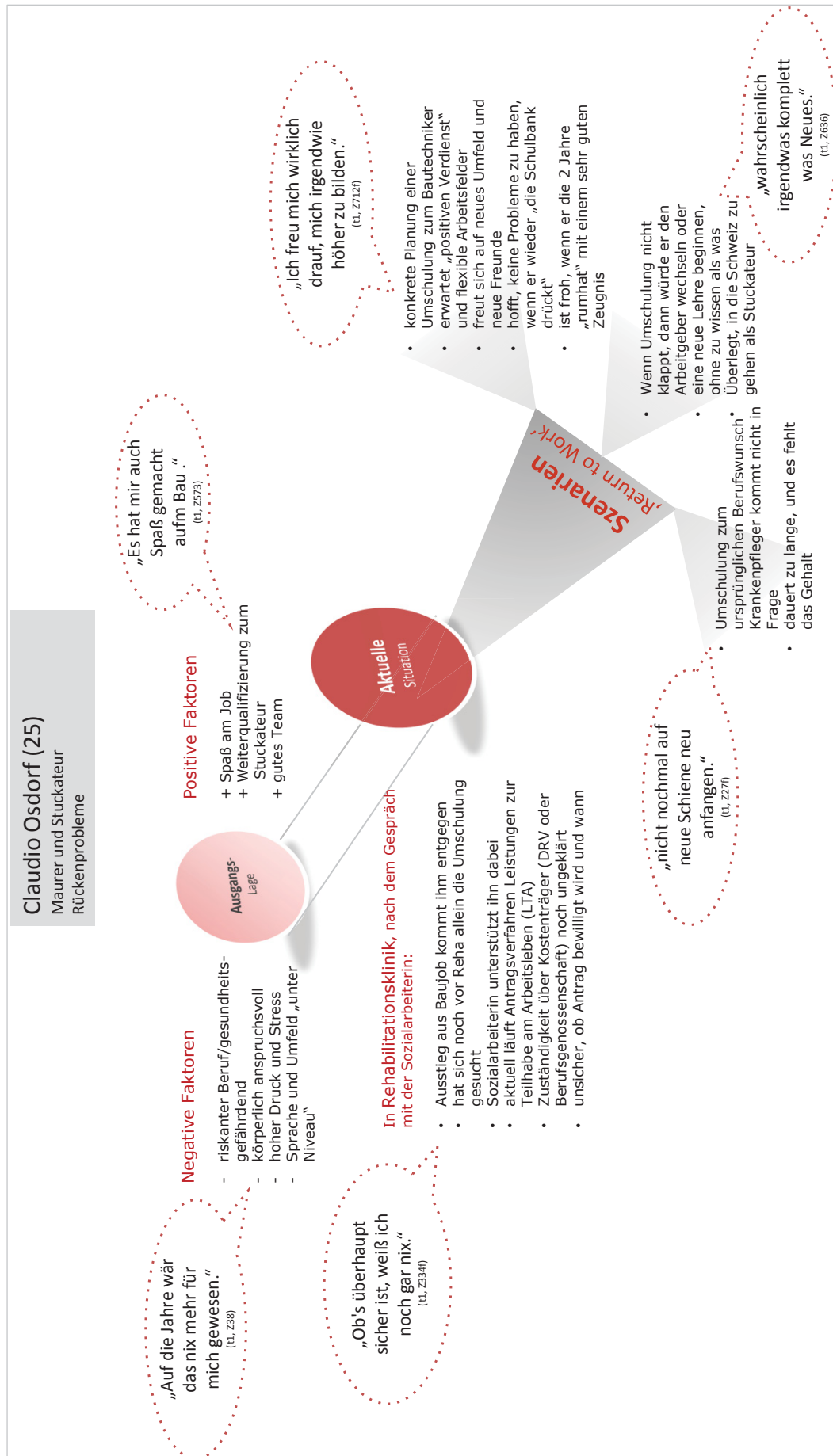
Anhang 4: Berufliches Zukunftsszenario - Sabine Fesser



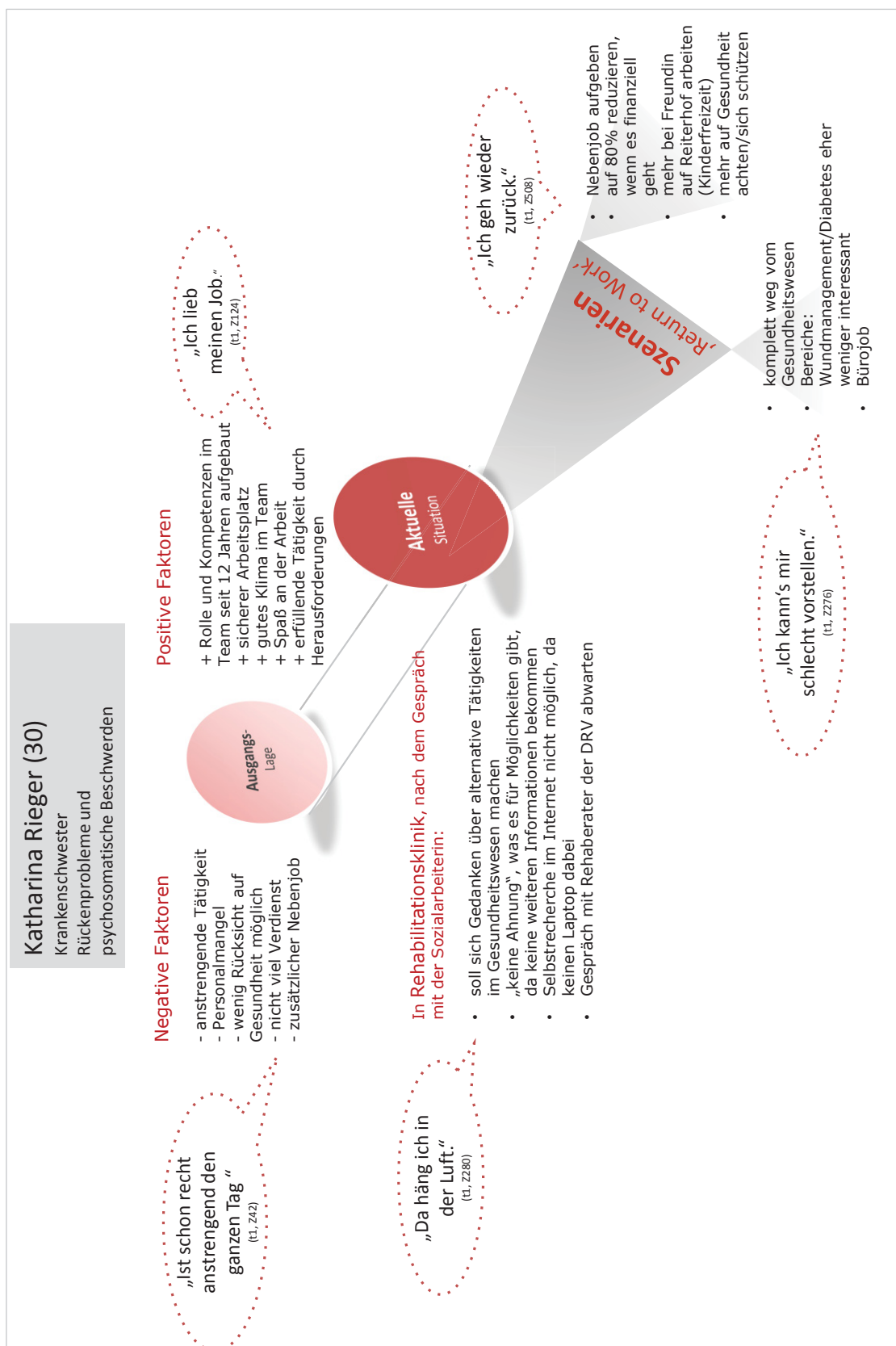
Anhang 5: Berufliches Zukunftsszenario - Peter Hain



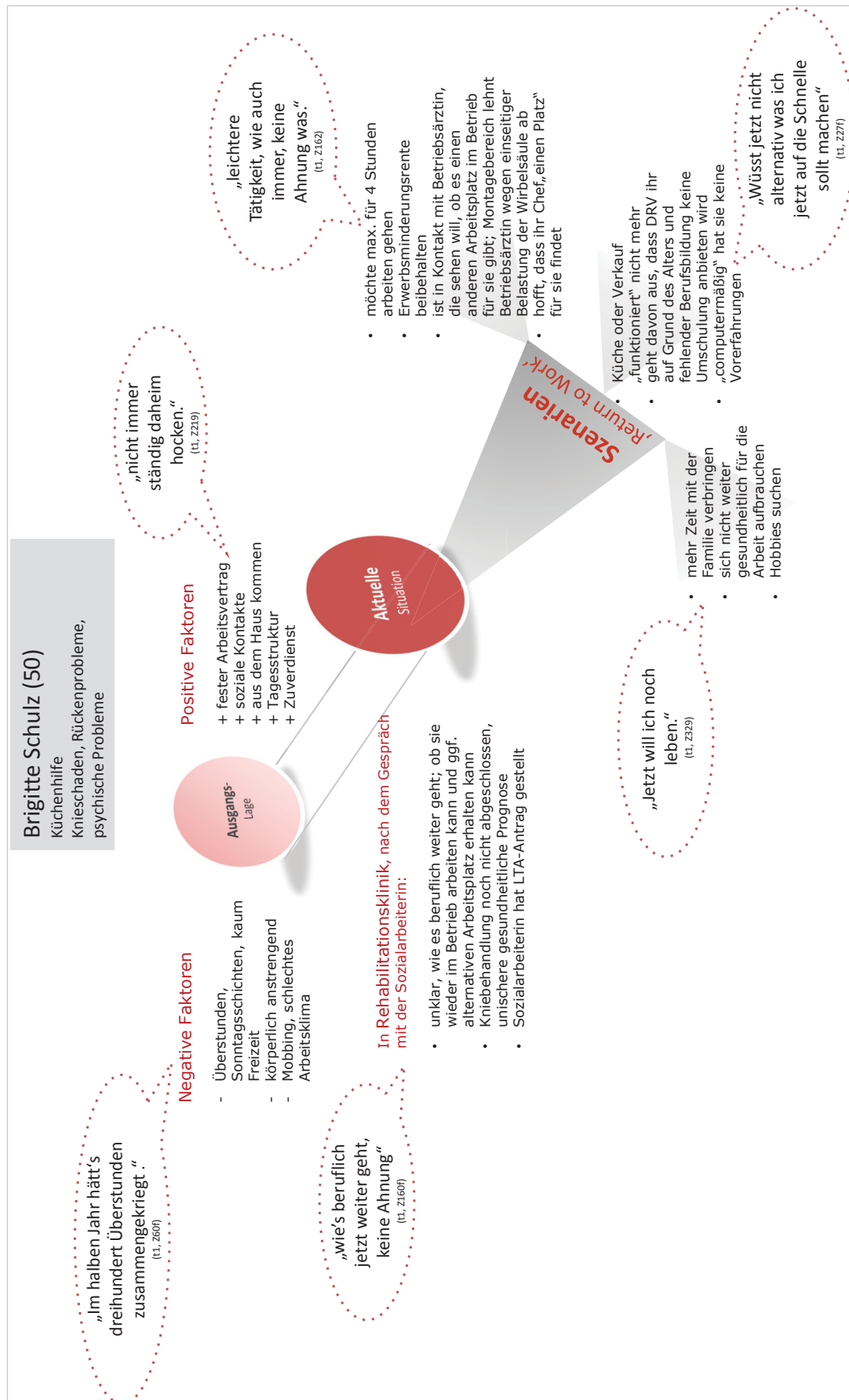
Anhang 6: Berufliches Zukunftsszenario - Hans Kirch



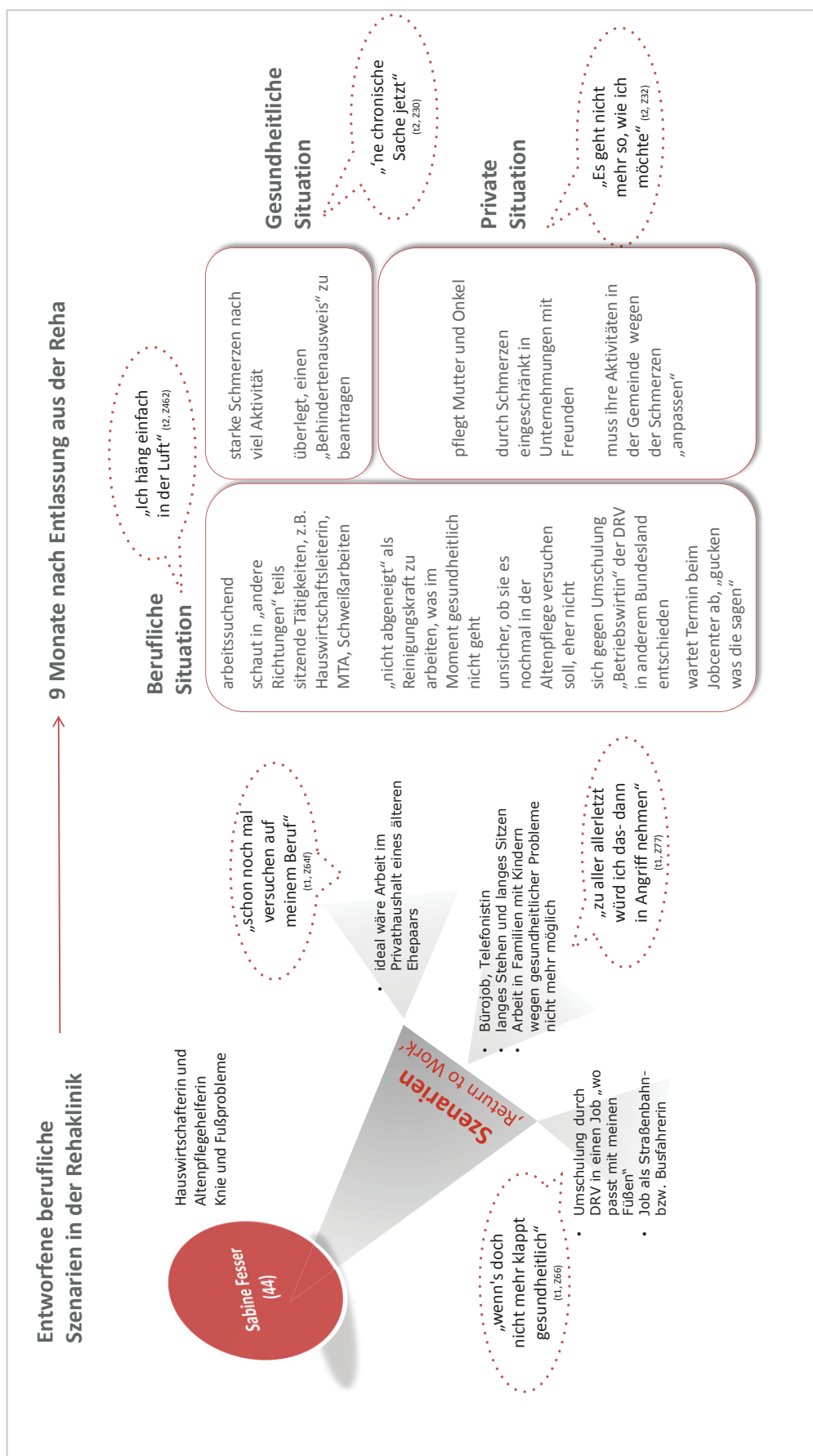
Anhang 7: Berufliches Zukunftsszenario - Claudio Osdorf



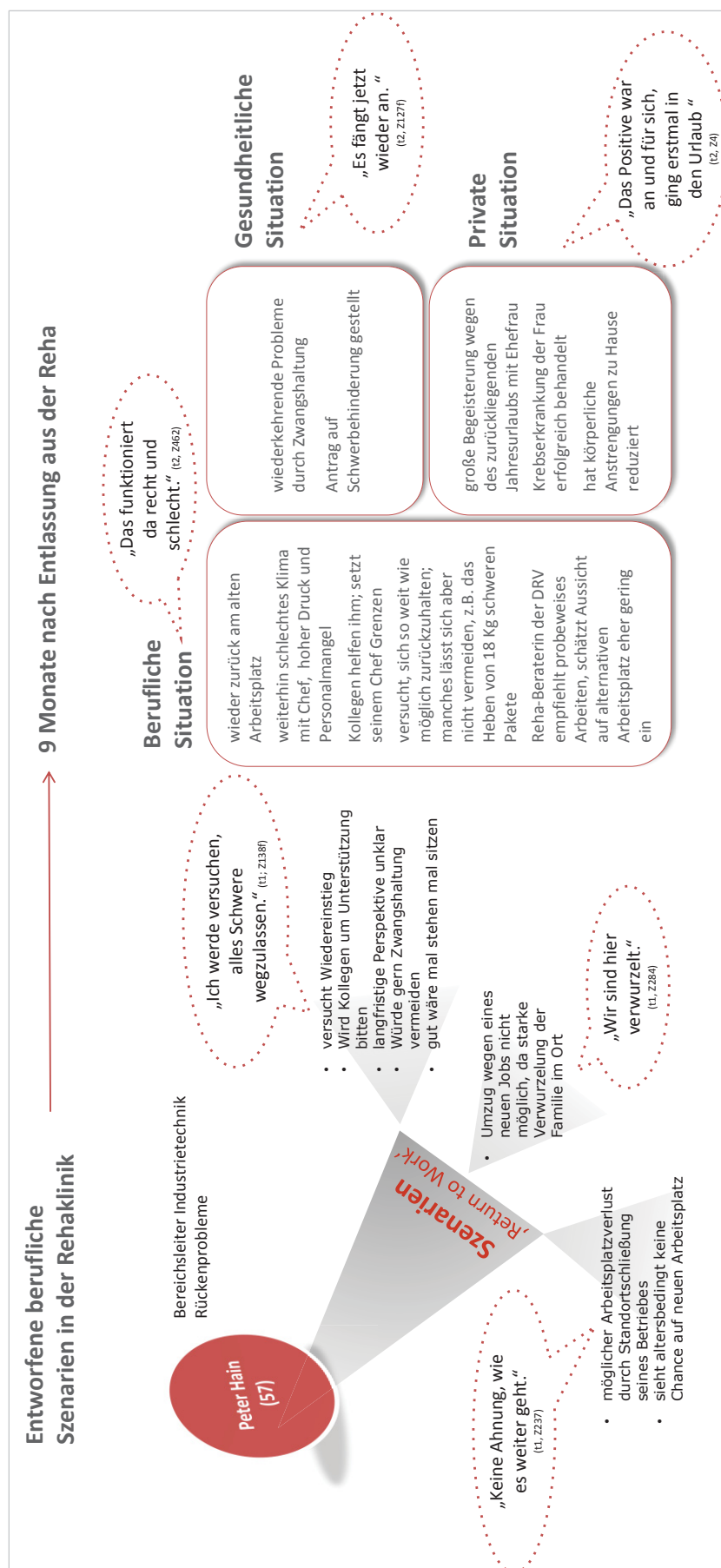
Anhang 8: Berufliches Zukunftsszenario - Katharina Rieger



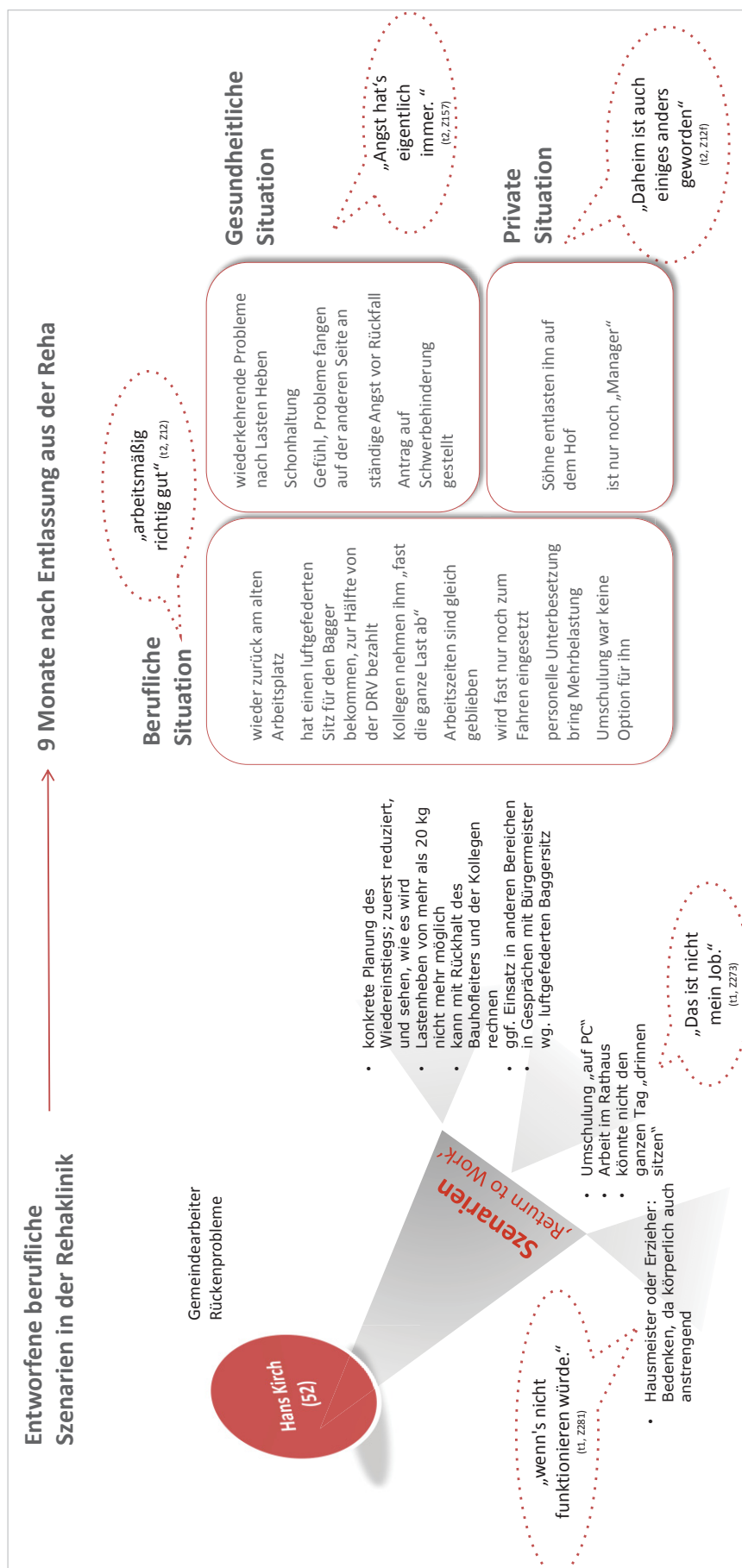
Anhang 9: Berufliches Zukunftsszenario - Brigitte Schulz



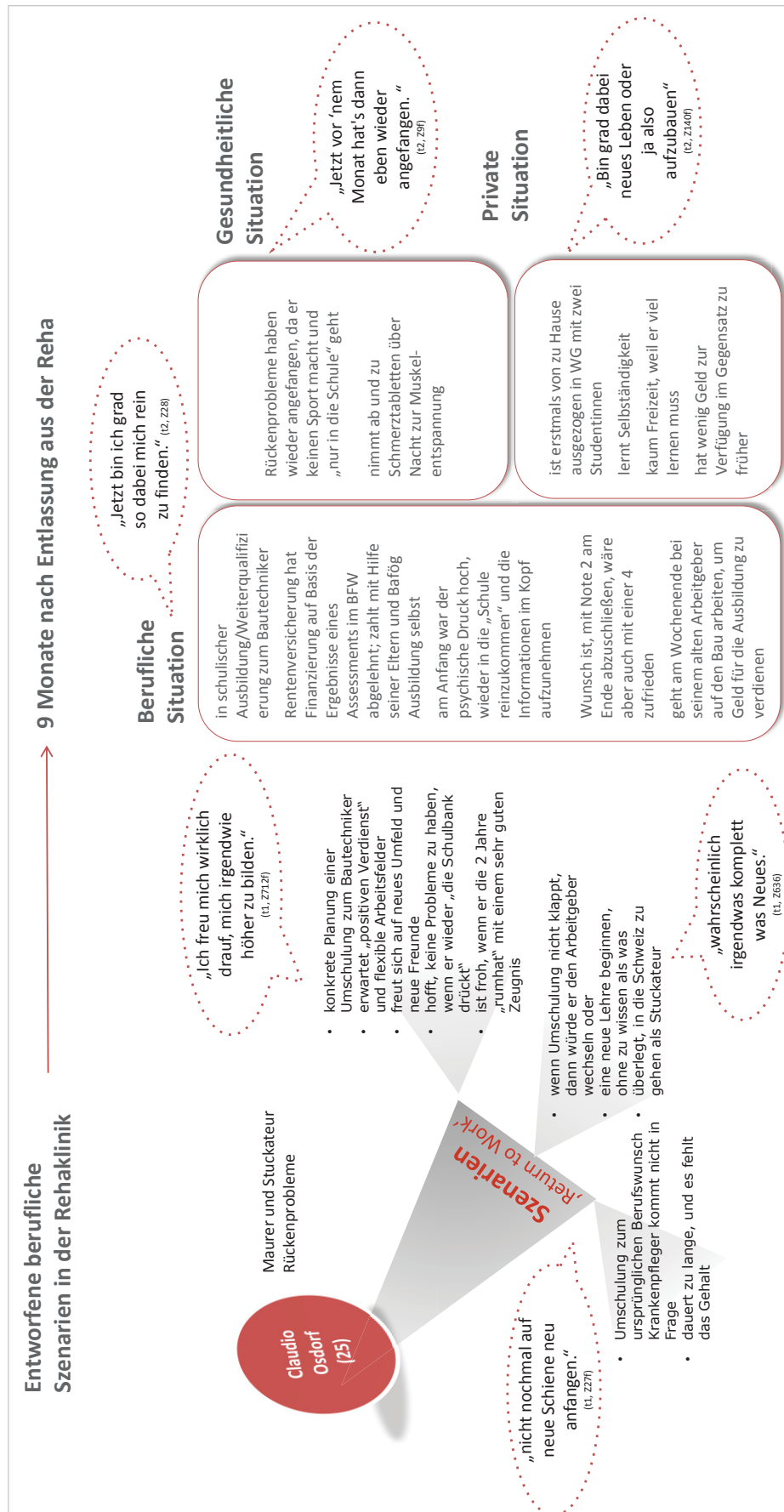
Anhang 10: Sabine Fessers Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation



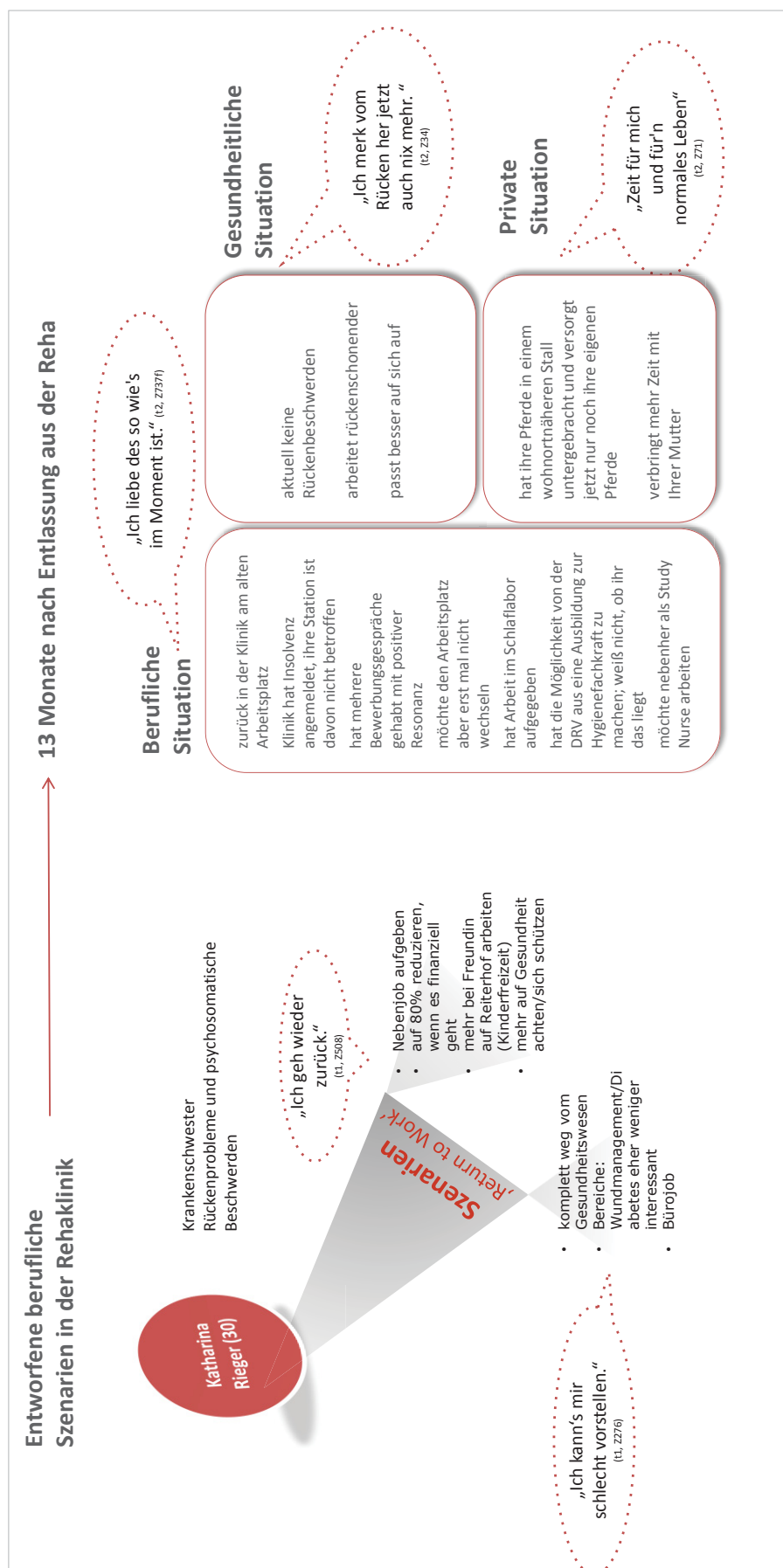
Anhang 11: Peter Hains' Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation



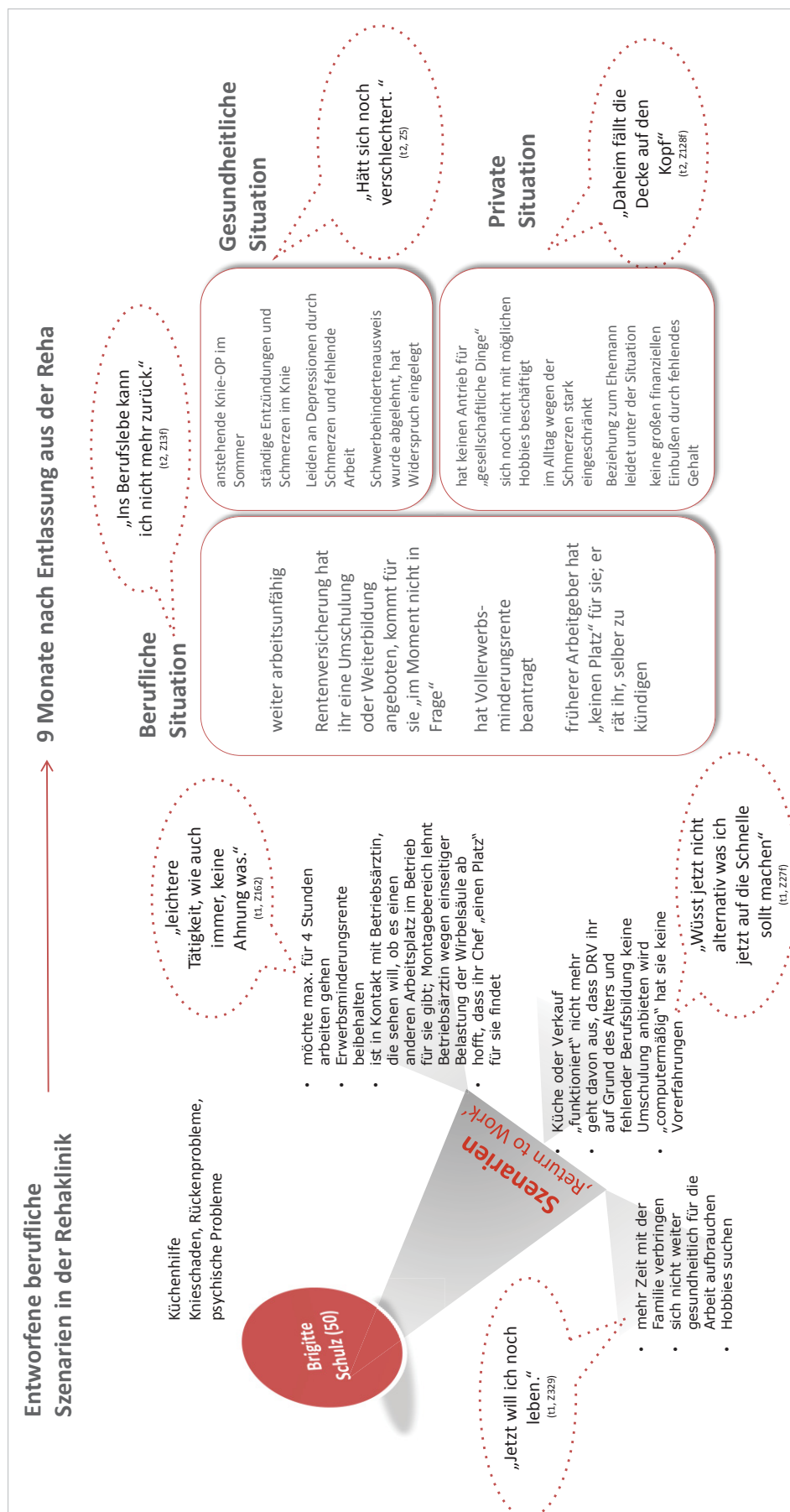
Anhang 12: Hans Kirchs Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation



Anhang 13: Claudio Osdorfs Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation



Anhang 14: Katharina Riegers Situation 13 Monate nach medizinischer Rehabilitation



Anhang 15: Brigitte Schulz' Situation neun Monate nach medizinischer Rehabilitation

Literaturverzeichnis

- Akashe-Böhme, F. und Böhme, G. (2005): Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. München: C. H. Beck Verlag.
- Aktion Mensch (2015): Inklusionsbarometer Arbeit. Bonn: Aktion Mensch e.V.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G. und Brähler, E. (2007): Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. In: psychosozial 109 30(3), S. 55-71.
- Andreß, H.-J. und Seeck, T. (2007): Ist das Normalarbeitsverhältnis noch armutsvermeidend? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 59(3), S. 459-492.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. und Dallner, M. (2000): Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. In: J. Epidemiol Community Health 54, S. 502-509.
- Aust, B., Helverskov, T., Nielsen, M.B., Bjorner, J.B., Rugulies, R., Nielsen, K., Sorensen, O.H., Grundtvig, G., Andersen, M.F., Hansen, J.V., Buchardt, H.L., Nielsen, L., Lund, T.L., Andersen, I., Andersen, M.H., Clausen, A.S., Heinesen, E., Mortensen, O.S., Ektor-Andersen, J., Orbaek, P., Winzor, G., Bultmann, U. und Poulsen, O.M. (2012): The Danish national return-to-work program-aims, content, and design of the process and effect evaluation. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 38(2), S. 120-133.
- Badura, B. (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.) (2016): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. und Staudinger, U.M. (1998): Life-span theory in developmental psychology. In: Damon, W. und Lerner, R. (Hrsg.): Handbook of child psychology. Hoboken, NJ: Wiley Publishers, S. 1029-1143.
- Bamberg, E., Busch, C. und Ducki, A. (2003): Stress und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bamberg, E., Keller, M., Wohler, C. und Zeh, A. (2012): BGW-Stresskonzept. Das arbeitspsychologische Stressmodell. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. In: Psychological Review 84(2), S. 191-215.
- Barrech, A., Baumert, J., Emeny, R.T., Gundel, H. und Ladwig, K.H. (2016a): Mid-life job insecurity associated with subjective well-being in old age: results from the population-based MONICA/KORA study. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 42(2), S. 170-174.
- Barrech, A., Baumert, J., Ladwig, K.-H. und Gündel, H. (2016b): Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitsunsicherheit. Hintergründe und mögliche Ansatzpunkte der Prävention. In: klinikarzt 45(1), S. 34-37.
- Barron, C.R. (2005): Stress, Ungewissheit und Gesundheit. In: Hill Rice, V. (Hrsg.): Stress und Coping. Bern: Hans Huber Verlag, S. 575-599.
- Bartel, S. und Ohlbrecht, H. (2016): Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. In: Detka, C. (Hrsg.): Qualitative Gesundheitsforschung. Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis. ZBBS-Buchreihe: Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung. Opladen: Barbara Budrich Verlag, S. 21-49.
- Bartel, S., Reith, N. und Peschkes, L. (2015): Berufsförderungswerke im Wandel: Perspektiven und Herausforderungen beruflicher Rehabilitation im Kontext von Teilhabe- und Fachkräftesicherung. In: Berufliche Rehabilitation 29(3), S. 235-246.

- Bartel, S., von Kardorff, E. und Ohlbrecht, H. (2015): "Die Akte muss rund gemacht werden." Eine qualitative Untersuchung von Entscheidungsheuristiken bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente nach Aktenlage. In: Der Medizinische Sachverständige 1, S. 35-46.
- Bass, B.M. (1985): Leadership and Performance beyond Expectation. New York: Free Press.
- Bass, B.M. und Riggio, R.E. (2006): Transformational leadership. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 2nd edition.
- Baumann, L.J., Cameron, L.D., Zimmerman, R.S. und Leventhal, H. (1989): Illness Representations and Matching Labels with Symptoms. In: Health Psychology 8(4), S. 449-469.
- Beatty, J.E. (2012): Career Barriers Experienced by People with Chronic Illness: A U.S. Study. In: Employee Responsibilities and Rights Journal 24, S. 91-110.
- Bechmann, S., Dahms, V., Tschersich, N., Frei, M., Leber, U. und Schwengler, B. (2013): Beschäftigungsmuster von Frauen und Männern. Auswertungen des IAB-Betriebspanels 2012. In: IAB Forschungsbericht 14, S. o.A.
- Beck, D., Bonn, V. und Westermayer, G. (2010): Salutogenese am Arbeitsplatz. Die betriebliche Organisation von Gesundheit. In: GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft 10(2), S. 7-14.
- Beck, D. und Lenhardt, U. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. In: Gesundheitswesen 78(1), S. 56-62.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Beck, U. (2007): Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Beck, U. und Bonß, W. (2001): Die Modernisierung der Moderne. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Beck, U. und Beck-Gernsheim, E. (1993): Nicht Autonomie, sondern Bastelbiographie. In: zeitschrift für Soziologie 22(3), S. 178-187.
- Bendel, K. (1999): Behinderung als zugeschriebenes Kompetenzdefizit von Akteuren. Zur sozialen Konstruktion einer Lebenslage. In: Zeitschrift für Soziologie 28(4), S. 301-310.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Harter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. und Weis, J. (2003): Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung - Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 53(2), S. 83-93.
- Bengel, J., Strittmacher, R. und Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erweiterte Neuauflage.
- Berg, C. und Milmeister, M. (2008): Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodiervverfahren der Grounded-Theory-Methodologie. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 9(2, Art. 13), S. <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0802138>.
- Bernert, S. und Linden, M. (2011): Die Klassifikation von Verläufen chronischer Erkrankungen unter einer Lebensspannenperspektive als Grundlage der medizinischen Rehabilitation. In: Prävention und Rehabilitation 23(7), S. 87-103.
- Bescherer, P., Röbenack, S. und Schierhorn, K. (2008): Nach Hartz IV: Erwerbsorientierung von Arbeitslosen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 33-34, S. 19-24.

- Besen, E., Young, A.E. und Shaw, W.S. (2015): Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 25(1), S. 25-37.
- Bethge, M., Spanier, K., Mohnberg, I. und Radoschewski, M. (2014): Der Work Ability Index: Ein geeignetes Instrument an der Schnittstelle von Arbeits- und Rehabilitationsmedizin? In: *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*/DOI: 10.1055/s-0034-1386580 24(A1).
- Bishop, G.D. (1991): Understanding the Understanding of Illness: Lay Disease Representations. In: Skelton, J.A. und Croyle, R.T. (Hrsg.): *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag.
- Blossfeld, H.-P., Hofäcker, D., Hofmeister, H. und Kurz, K. (2008): Globalisierung, Flexibilisierung und der Wandel von Lebensläufen in modernen Gesellschaften. In: Szydlik, M. (Hrsg.): *Flexibilisierung. Folgen für Arbeit und Familie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23–46.
- Blossfeld, H.P. (1988): Sensible Phasen im Bildungsverlauf – Eine Längsschnittanalyse über die Prägung von Bildungskarrieren durch den gesellschaftlichen Wandel. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 34, S. 45–63.
- Böhm, S. und Diewald, M. (2012): Auswirkungen belastender Arbeitsbedingungen auf die Qualität privater Lebensverhältnisse. In: *WSI Mitteilungen* 2, S. 103-112.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. und Nohl, A.-M. (Hrsg.) (2013): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Borgetto, B. (1999): *Berufsbiographie und chronische Krankheit: Handlungsrationalität am Beispiel von Bypass-Patienten nach koronarer Bypassoperation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brandstädter, J. und Lerner, R. (Hrsg.) (1999): *Action and Self Development: Theory and Research through the Life Span*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publishing.
- Braukmann, W. und Filipp, S.-H. (1995): Personale Kontrolle und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag, S. 233-251.
- Brim, O.G. (1980): Types of Life Events. In: *Journal of Social Issues* 36, S. 148-157.
- Brinkmann, C. und Wiedemann, E. (1994): Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 16, S. 16-28.
- Brinkmann, U., Dörre, K., Röbenack, S., Kraemer, K. und Speidel, F. (2006): *Prekäre Arbeit. Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse*. Herausgegeben vom wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03514.pdf> (abgerufen: 03.08.2016).
- Brose, H.-G., Wohlrab-Sahr, M. und Corsten, M. (1993): *Soziale Zeit und Biographie*. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Brülle, J. (2013): Unterschiede in den Arbeitsmarktchancen von atypisch Beschäftigten: Effekte von Beschäftigungsformen oder Erwerbspräferenzen? In: *Zeitschrift für Soziologie* 32(2), S. 157-179.
- Buchholz, S. (2008): *Die Flexibilisierung des Erwerbsverlaufs: Eine Analyse von Einstiegs- und Ausstiegsprozessen in Ost- und Westdeutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2014a): *Arbeitsmarkt in Zahlen. Beschäftigungsstatistik schwerbehinderter Menschen (BsbM)*. Nürnberg: BA.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.) (2014b): *Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Kurzinformation: Der Arbeitsmarkt für schwerbehinderte Menschen*. Nürnberg: BA.

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012): Stress-Report Deutschland 2012. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2013): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Dortmund: BAuA. 5. Auflage.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014): Factsheet 05 - Demografischer Wandel in der Arbeit. Körperlich schwere Arbeit belastet Ältere stärker. www.baua.de/doc/6505452.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2016): Ratgeber zur Gefährdungsbeurteilung. Handbuch für Arbeitsschutzfachleute. Dortmund, BAuA.
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2015): Weiterentwicklung der Demografiestrategie der Bundesregierung. www.bmi.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2015/01/bundesregierung-beschlie%C3%9Ft-weiterentwicklung-der-demografiepolitik.html (abgerufen: 10.07.2016).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2010): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: BMAS.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: BMAS.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015): Grünbuch. Arbeiten 4.0. Berlin, BMAS.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): Weißbuch. Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS.
- Burkart, G. (1993): Eine Gesellschaft von nicht-autonomen biographischen Bastlerinnen und Bastlern? - Antwort auf Beck/Beck-Gernsheim. In: zeitschrift für Soziologie 22(3), S. 188-191.
- Bury, M. (1982): Chronic illness as biographical disruption. In: Sociology of Health and Illness 4(2), S. 167-182.
- Busch, A. (2013): Die berufliche Geschlechtersegregation in Deutschland. Ursachen, Reproduktion, Folgen. Wiesbaden: Springer VS.
- Caliendo, M., Steiner, V. und Bach, S. (Hrsg.) (2006): Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik: Deutschland nach der Hartz-Reform im internationalen Vergleich. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S. und Dunn, K.M. (2013): The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. In: International Archives of Occupational and Environmental Health 86(2), S. 119-137.
- Charmaz, K. (1983): Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. In: Sociology of Health and Illness 5(2), S. 168-195.
- Charmaz, K. (2014): Constructing Grounded Theory. Los Angeles: SAGE Publishing. 2nd edition.
- Corbin, J.M. und Strauss, A.L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe.
- Cornelius, L.R., van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W. und Brouwer, S. (2011): Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. In: Journal of Occupational Rehabilitation 21(2), S. 259-274.

- Costa-Black, K.M., Feuerstein, M. und Loisel, P. (2014): Work Disability Models: Past and Present. In: Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag, S. 71-94.
- Coutu, M.-F., Cote, D. und Baril, R. (2014): The Work-Disabled Patient. In: Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag, S. 15-30.
- Creutzburg, D. und Heß, D. (2009): Spaltung des Arbeitsmarktes nimmt zu. In: Handelsblatt. www.handelsblatt.com/politik/deutschland/spaltung-des-arbeitsmarkts-nimmtzu (abgerufen: 19.01.2016).
- Dern, W. und Hanses, A. (2001): Berufsfindung und Biografie - Biografische Diagnostik als Zugang zu den Sinnhorizonten und Ressourcen der Menschen in der beruflichen Rehabilitation. In: Rehabilitation 40(5), S. 289-303.
- Detka, C. (2007): Biographische Bedingungen für den Umgang mit einer chronischen Krankheit (Arbeitsbericht Nr. 44, Internetfassung). Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2015b): Arbeitsunfallgeschehen 2014: DGUV, www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/au_statistik_2014.pdf (abgerufen: 28.05.2016).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2015c): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2014: DGUV. www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/gur_2014.pdf (abgerufen: 30.05.2016).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2015d): Demografische Begriffe mit Bezug zur Arbeitswelt. www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche/fb-gib/documents/glossar.pdf (abgerufen: 10.06.2016). o.A.: DGUV.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV Bund. 2. Auflage.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2015a): Rentenzugang 2014 (Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 203). Berlin, DRV.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2015b): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Berlin: DRV.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2016): Reha-Bericht Update 2016. Berlin: DRV.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2012): Zur Lage der beruflichen Rehabilitation in der Arbeitsförderung. In: Arbeitsmarkt aktuell 7, S. 1-20.
- Dornette, J. und Rauch, A. (Hrsg.) (2007): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. (IAB-Bibliothek Nr. 309). Nürnberg: IAB.
- Dörre, K. (2008): Armut, Abstieg, Unsicherheit: Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 33-34, S. 3-5.
- Dostal, W., Stooß, F. und Troll, L. (1998): Beruf – Auflösungstendenzen und erneute Konsolidierung. In: IAB: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 31(3), S. 438-460.
- Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Politik und Zeitgeschichte 42(7), S. 18–25.
- Ducki, A. und Brandt, M. (2016): Innovationen gesund gestalten: Ein Praxisleitfaden zur Gestaltung gesunder Unternehmensstrukturen. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Eggs, J., Trappmann, M. und Unger, S. (2014): ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. In: IAB Kurzbericht 23, S. 1-8.

- Ehrenberg, A. (2015): Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main: Campus Verlag. 2., erweiterte Auflage.
- Eichhorst, W., Kuhn, A., Thode, E. und Zenker, R. (2009): Traditionelle Beschäftigungsverhältnisse im Wandel. Benchmarking Deutschland: Normalarbeitsverhältnis auf dem Rückzug. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.
- Eichhorst, W., Marx, P. und Thode, E. (2010): Atypische Beschäftigung und Niedriglohnarbeit. Benchmarking Deutschland: Befristete und geringfügige Tätigkeiten, Zeitarbeit und Niedriglohnbeschäftigung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Einarsen, S. und Nielsen, M. B. (2015): Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health* 88, S. 131-142.
- Elkeles, T. (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: *Sozialer Fortschritt* 48(6), S. 150-155.
- Elster, F. (2007): Der Arbeitskraftunternehmer und seine Bildung. Zur (berufs)pädagogischen Sicht auf die Paradoxien subjektivierter Arbeit. Bielefeld: transcript.
- Fabel-Lamla, M. und Tiefel, S. (2003): Fallrekonstruktionen in Forschung und Praxis – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 4(2), S. 189-198.
- Falk, S. (2005): Geschlechtsspezifische Ungleichheit im Erwerbsverlauf. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Faltermaier, T. und Brütt, A.L. (2013): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In: Hoefert, H.-W. und Brähler, E. (Hrsg.): *Krankheitsvorstellungen von Patienten - Herausforderung für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Verlag.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. und Burda-Viering, M. (1998): Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft* 6(4), S. 309-326.
- Ferrie, J.E., Kivimäki, M., Shipley, M.J., Davey Smith, G. und Virtanen, M. (2013): Job insecurity and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. In: *Atherosclerosis* 227(1), S. 178-181.
- Ferrie, J.E., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J. und Kivimäki, M. (2008): Flexible labor markets and employee health. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Supplement* 6, S. 98-110.
- Fischer, W. (1986): Alltagszeit und Lebenszeit in Lebensgeschichten von chronisch Kranken. In: Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Lebenslage, Lebensalter, Lebenszeit: Ausgewählte Beiträge aus den ersten 5 Jahrgängen der Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 157-171.
- Fischer, W. und Kohli, M. (1987): Biographieforschung. In: Voges, W. (Hrsg.): *Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 25-49.
- Fisker, A., Langberg, H., Petersen, T. und Mortensen, O.S. (2013): Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial. In: *BMC Musculoskeletal Disorders* 14, Art93.
- Flick, U. (1997): Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In: Weitkunat, R., Haisch, J. und Kessler, M. (Hrsg.): *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 191-200.
- Flick, U., Kardorff, E.v. und Steinke, I. (2012): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E.v. und Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 9. Auflage. Hamburg: Rowohlt Verlag, S. 13-29.

- Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag. 3., überarbeitete Auflage.
- Frerichs, F. (2010): Alternsgerechte Qualifizierung und Lernen im Erwerbsverlauf. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 5(39), S. 36-39.
- Friemelt, G. und Ritter, J. (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter. Was kann die Rentenversicherung tun? In: Rehabilitation 51(1), S. 24-30.
- Frosch, U. (2010): Bastelbiographie, Patchwork-Identität und Co. - Atypische Erwerbsbiographien aus gegenwärtiger Forschungsperspektive. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik online 18. www.bwpat.de/ausgabe18/frosch_bwpat18.pdf (abgerufen: 19.06.2016).
- Fugate, M., Kinicki, A.J. und Ashforth, B.E. (2004): Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. In: Journal of Vocational Behavior 65, S. 14-38.
- Galais, N., Sende, C., Hecker, D. und Wolff, H.-G. (2012): Flexible und atypische Beschäftigung: Belastungen und Beanspruchung. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 109-121.
- Gaupp, N. (2013): Entstehungsbedingungen von Übergängen von der Schule in den Beruf aus qualitativer und quantitativer Perspektive. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 14(21), Art. 12. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1302126> (abgerufen: 19.06.2016).
- Gebauer, S. (2016): Wieder beschäftigungsfähig werden durch berufliche Rehabilitation. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Gefken, A., Stockem, F. und Böhnke, P. (2015): Subjektive Umgangsformen mit prekärer Erwerbsarbeit – Zwischen Orientierung an und Ablösung von der Normalarbeitsgesellschaft. In: Berliner Journal für Soziologie 25, S. 111-131.
- Gerdes, N. (1986): Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. In: Schmidt, W. (Hrsg.): Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs. München: Christian Kaiser Verlag, S. 10-34.
- Gerhardt, U. (1976): Krankenkarrerien und Existenzbelastung. In: Zeitschrift für Soziologie 5(3), S. 215-236.
- Gerstenberg, R., Storm, V., Remdisch, S. und von Kroge, S. (2013): Psychische Erschöpfung in der Altenpflege: Etwa jede vierte Pflegekraft erwägt Wechsel in einen anderen Beruf. Erste Ergebnisse der Panelstudie „Organisationale Gesundheit in der Pflegebranche“. In: bpa-Magazin 1, S. 28-30.
- Geyer, S. (2016): Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59(2), S. 181-187.
- Giddens, A. (1991): Selfidentity and Modernity. London, Polity Press.
- Glaser, B.G. (1978): Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (1992): Emergence vs Forcing: Basics of Grounded Theory. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (2001): The Grounded Theory Perspective: Conceptualization Contrasted with Description. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B.G. (2004): Remodeling Grounded Theory. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 52, Art. 4. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114fqs040245> (abgerufen: 04.07.2015).
- Glaser, B.G. und Strauss, A.L. (1965): Awareness of dying. New Brunswick: Aldine Transaction.

- Glaser, B.G. und Strauss, A.L. (1967/2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Hans Huber Verlag. 3., unveränderte Auflage.
- Glaser, B.G. und Strauss, A.L. (1968): Time for Dying. Hawthorne, NY: Publishing Company.
- Gödecker-Geenen, N., Riedel, H.P. und Keck, T. (2013): Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten. Die Umsetzung der Ergebnisse des Entwicklungsprojektes RehaFutur in die Beratungspraxis der Rentenversicherung. In: Rehabilitation 52(2), S. 126-131.
- Grande, E. (2008): Reflexive Modernisierung des Staates. In: Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management 1, S. 7-28.
- Greif, S. (1991): Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In: Greif, S., Bamberg, E. und Semmer, N. (Hrsg.): Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe, S. 1–28.
- Grote, S., Hoff, E.-H., Wahl, A. und Hohner, H.-U. (2001): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hochqualifizierten Berufen. In: Hildebrand-Nilshon, M., Hoff, E.-H. und Hohner, H.-U. (Hrsg.): Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin. Berlin: FU Berlin.
- Grzech-Sukalo, H. und Hänecke, K. (2008): Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit. Dortmund: BAuA.
- Guilbert, L., Bernaud, J.L., Gouvernet, B. und Rossier, J. (2016): Employability: review and research prospects. In: International Journal for Educational and Vocational Guidance 16(1), S. 69-89.
- Güllner, M. und Raffelhüschen, B. (2014): Deutsche Post Glücksatlas 2014. München: Albrecht Knaus Verlag.
- Gutmann, J. (2016): Betriebliche Gesundheit managen - ein Praxisleitfaden. Freiburg: Haufe-Lexware Verlag.
- Habermann-Horstmeier, L. (2015): Gender und Return to Work. In: Weber, A., Peschkes, L. und de Boer, W.E.L. (Hrsg.): Return to Work - Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Habermann-Horstmeier, L. und Limbeck, K. (2016): Krank zur Arbeit. Gesundheitssituation von Betreuern in Behinderteneinrichtungen. In: Heilberufe Science 7, S. 25-39.
- Halmdienst, N., Radhuber, M. und Winter-Ebmer, R. (2014): Berufliche Entwicklung und Weiterbildung von ArbeitnehmerInnen 50+. Share Forschungsbericht. Linz: Johannes Kepler Universität Linz.
- Hans-Böckler-Stiftung (2012): Schlecht bezahlte Minijobs: Sackgasse für Millionen. In: Böcklerimpuls 1, S. 4-5.
- Hanses, A. (2010): Gesundheit und Biographie – eine Gradwanderung zwischen Selbstoptimierung und Selbstsorge als gesellschaftliche Kritik. In: Paul, B. und Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Risiko Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 89-104.
- Hanses, A. und Keil, A. (2003): Gesundheit und Krankheit als biographische Konstruktion. In: Public Health Forum 11(38), S. 3-4.
- Hardering, F. (2011): Unsicherheiten in Arbeit und Biographie. Zur Ökonomisierung der Lebensführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Harrington, J.M. (2001): Health effects of shift work and extended hours of work. In: Occupational and Environmental Medicine 58, S. 68-72.
- Hartmann, A. (2010): Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus der Perspektive der soziologischen Inklusionsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 35(4), S. 45-61.

- Hassler, M. und Rau, R. (2016): Ständige Erreichbarkeit: Flexibilisierungsanforderung oder Flexibilisierungsmöglichkeit? In: *Wirtschaftspsychologie* 2, S. 25-34.
- Haubl, R., Hausinger, B. und Voss, G. (Hrsg.) (2013): *Risikante Arbeitswelten*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Heckhausen, J. (2010): Globalization, social inequality, and individual agency in human development: Social change for better or worse? In: Silbereisen, R.K. und Chen, X. (Hrsg.): *Social Change and Human Development: Concepts and Results*. London: SAGE Publishing, S. 148–163.
- Heckhausen, J. und Chang, E.S. (2009): Can ambition help overcome social inequality in the transition to adulthood? Individual agency and societal opportunities in Germany and the United States. In: *Research in Human Development* 6, S. 1–17.
- Heckhausen, J. und Heckhausen, H. (2010): *Motivation und Entwicklung*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Heckhausen, J., Wrosch, C. und Schulz, R. (2010): A motivational theory of life-span development. In: *Psychological Review* 117, S. 32–60.
- Heinz, W.R. (1998): Berufliche Sozialisation. In: Hurrelmann, K. und Ulich, D. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, S. 499-520.
- Heinz, W.R. (2002): Transition Discontinuities and the Biographical Shaping of Early Work Careers. In: *Journal of Vocational Behavior* 60, S. 220–240.
- Heinz, W.R. (2010): Vocational Identity and Flexible Work: A Contradicting or Constructive Relation. In: Rauner, F., Smith, E., Hauschildt, U. und Zelloth, H. (Hrsg.): *Innovative Apprenticeships. Promoting Successful School-to-Work Transitions*. Berlin: LIT Verlag, S. 33-46.
- Helffferich, C. (2006): Biografien und Lebenslauf. In: Scherr, A. (Hrsg.): *Soziologische Basics*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 29-34.
- Hesse, B., Heuer, J. und Gebauer, E. (2008): Rehabilitation aus der Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten – Ergebnisse des KoRB-Projektes. In: *Rehabilitation* 47(6), S. 324 – 333.
- Hetzel, C. (2015): Mehrebenenanalysen zu Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: *Rehabilitation* 54(1), S. 16-21.
- Heyer, G., Koch, S., Stephan, G. und Wolff, J. (2012): Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik: Ein Sachstandsbericht für die Instrumentenreform 2011. In: *Journal for Labour Market Research* 45(1), S. 41-62.
- Hien, W. (2009): Arbeiten Männer gesundheitsriskanter als Frauen? In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 45, S. 135-159.
- Hildenbrand, B. (2005): *Fallrekonstruktive Familienforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hillmert, S. und Jacob, M. (2003): Bildungsprozesse zwischen Diskontinuität und Karriere: Das Phänomen der Mehrfachausbildungen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32(3), S. 325–345.
- Hitzler, R. (1988): *Sinnwelten. Ein Beitrag zum Verstehen von Kultur*. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Hoefsmits, N., Houkes, I. und Nijhuis, F. (2014): Environmental and personal factors that support early return-to-work: a qualitative study using the ICF as a framework. In: *Work* 48(2), S. 203-215.
- Hoefsmits, N., Houkes, I. und Nijhuis, F.J. (2012): Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 22(4), S. 462-477.
- Hofmeister, H. und Hardering, F. (2014): Auf der Suche nach dem Sinn. Die Bedeutung der Arbeit für das Leben. In: *Forschung & Lehre* 7, S. 520-522.

- Hoerning, E.M. (1987): Lebensereignisse: Übergänge im Lebenslauf. In: Voges, W. (Hrsg.): Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 231-260.
- Hogg-Johnson, S. und MacEachen, E. (2014): Methodological Issues in Work Disability Prevention Research. In: Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag, S. 125-146.
- Hohner, H.-U., Grote, S. und Hoff, E.-H. (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe. Unterschiede auf dem Weg nach oben. In: Deutsches Ärzteblatt 100(4), S. A166-169.
- Holstad, T.J., Rigotti, T. und Otto, K. (2013): Prozedurale Fairness als Mediator zwischen transformationaler Führung und psychischer Beanspruchung am Arbeitsplatz. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 57, S. 163-176.
- Hurrelmann, K. und Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz Verlag. 8. Auflage.
- Ilmarinen, J. (2011): Arbeitsfähig in die Zukunft. In: Giesert, M. (Hrsg.): Arbeitsfähig in die Zukunft. Hamburg: VSA-Verlag, S. 20-29.
- Ilmarinen, J. und Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, dass Sie gesund bleiben? Hamburg, VSA-Verlag.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Monitor Familienleben 2013. www.ifd-allensbach.de (abgerufen: 08.05.2016).
- Institut für Demoskopie Allensbach (2015): Weichenstellungen für die Aufgabenteilung in Familie und Beruf. www.ifd-allensbach.de (abgerufen: 08.05.2016).
- Institute for Work & Health (2011): Systematic review of prognostic factors for workers' time away from work due to acute low-back pain: An update of a systematic review. www.iwh.on.ca/system/files/sys-reviews/sys_review_acute_lbp_2011b.pdf (abgerufen: 24.07.2016).
- Isaacowitz, D.M. und Seligman, M.E. (2001): Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? In: Behaviour Research and Therapy 39(3), S. 255-272.
- Jacob, R., Eirmbter, W.H. und Hahn, A. (1999): Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 7(3), S. 105-119.
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. und Wittchen, H.U. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: International Journal of Methods in Psychiatric Research 23(3), S. 304-319.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. und Zeisel, H. (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Joiko, K., Schmauder, M. und Wolff, G. (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen – Gestalten: BAuA. 5. Auflage.
- Joost, D.A., Kipper, J. und Tewolde, T. (2009): Abschlussbericht des Forschungsprojekts: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Frankfurt am Main: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main. [www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegegesellschaft/Dokumente/TWAK - Abschlussbericht Berufsverlaeuft - August 2009.pdf](http://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegegesellschaft/Dokumente/TWAK_-_Abschlussbericht_Berufsverlaeuft_-_August_2009.pdf) (abgerufen: 19.06.2016).
- Jurczyk, K., Schier, M., Szymenderski, P., Lange, A. und Voß, G.G. (2009): Entgrenzte Arbeit – entgrenzte Familie. Grenzmanagement im Alltag als neue Herausforderung. Berlin: edition sigma.

- Kaiser, L.C. (2012): Poor Working: Soziale (Des-)Integration und Erwerbsarbeit. In: Huster, E.-U., Boeckh, J. und Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: Springer VS, S. 305-318.
- Kalitzkus, V. (2005): Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81, S. 243-247.
- Karbach, U., Stamer, M., Holmberg, C., Guthlin, C., Patzelt, C. und Meyer, T. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland - ein exemplarischer Überblick. In: Das Gesundheitswesen 74(8-9), S. 516-525.
- Kardorff, E.v. (2012): Partizipation in der Rehabilitation. In: Rosenbrock, R. und Hartung, S. (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber Verlag, S. 391 - 407.
- Kardorff, E.v., Meschnig, A. und Klaus, S. (2016, unveröffentlicht): Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin.
- Kardorff, E.v. und Ohlbrecht, H. (2006): Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel - soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Heilpädagogik online 5(3), S. 17-53.
- Kardorff, E.v., Ohlbrecht, H. und Schmidt, S. (2013): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Karlsson, N.E., Carstensen, J.M., Gjesdal, S. und Alexanderson, K.A.E. (2008): Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. In: European journal of public health 18(3), S. 224-231.
- Keil, A. (2013): Krankheit als biographischer Ausnahmezustand: Der objektive Faktor Subjektivität. In: Nittel, D. und Seltrecht, A. (Hrsg.): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand. Berlin: Springer Verlag, S. 125-138.
- Keller, R. (2012): Das Interpretative Paradigma. Wiesbaden: Springer VS.
- Kendall, J. (1999): Axial coding and the grounded theory controversy. In: Western Journal of Nursing Research 21(6), S. 743-757.
- Keupp, H. (2008): Identitätskonstruktionen in der spätmodernen Gesellschaft. Riskante Chancen bei prekären Ressourcen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 7(2), S. 291-308.
- Keupp, H. und Dill, H., Eds. (2010). Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Bielefeld, transkript.
- Kiesche, E. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Frankfurt am Main: Bund-Verlag GmbH.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Vahtera, J. und Marmot, M.G. (2003): Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. In: British Medical Journal 327(364), S. 364-368.
- Kluge, S. und Kelle, U. (Hrsg.) (2001): Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung: Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung. Band 5: Statuspassagen und Lebenslauf. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kobelt, A. (2006): Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration? (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 56(1), S. 15-22.

- Kohli, M. (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs: Historische Befunde und theoretische Argumente. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37, S. 1-29.
- Kohli, M. (1994): Institutionalisierung und Individualisierung der Erwerbsbiographie. In: Beck, U. und Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 219- 244.
- Kohli, M. (2000): Arbeit im Lebenslauf: Alte und neue Paradoxien. In: Kocka, J. und Offe, C. (Hrsg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S. 262-382.
- Kohli, M. (2003): Der institutionalisierte Lebenslauf: ein Blick zurück und nach vorn. In: Allmendinger, J. (Hrsg.): Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 525 - 545.
- König, J. (1993): Brüche erleben lernen. Ansätze einer entwicklungspsychologischen Erwerbsbiografieforschung. Weinheim, Deutscher Studienverlag.
- Köpke, K.H. (2012): Betriebliche Gesundheitsförderung als mögliche Vorstufe wirksamer Rehabilitation. In: Rehabilitation 51(1), S. 2-9.
- Kraimer, K. (2000): Die Fallrekonstruktion – Bezüge, Konzepte, Perspektiven. In: Kraimer, K. (Hrsg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 23-57.
- Krämer, L. und Bengel, J. (2016): Chronische körperliche Krankheit und Krankheitsbewältigung. In: Bengel, J. und Mittag, O. (Hrsg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg: Springer Verlag, S. 25-38.
- Krause, N., Frank, J.W., Dasinger, L.K., Sullivan, T.J. und Sinclair, S.J. (2001): Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. In: American Journal of Industrial Medicine 40(4), S. 464-484.
- Kroll, L.E., Muters, S. und Lampert, T. (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59(2), S. 228-237.
- Landsberg, T. (2016): Keine Lobby für Behinderte. In: Berliner Zeitung 29. April 2016, S. 17.
- Laszlo, K.D., Pikhart, H., Kopp, M.S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavecz, G. und Marmot, M. (2010): Job insecurity and health: a study of 16 European countries. In: Social Science & Medicine 70(6), S. 867-874.
- Lazarus, R.S. und Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York: Springer Verlag.
- Ley, K. (1984): Von der Normal- zur Wahlbiographie? In: Kohli, M. und Robert, G. (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler Verlag, S. 239-260.
- Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.) (2014): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag.
- Loisel, P., Anema, J.R., Feuerstein, M., Pransky, G., MacEachen, E. und Costa-Black, K.M. (2014): Preface. In: Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag, S. ix-xiii.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van Tulder, M. und Webster, B. (2005): Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. In: Journal of Occupational Rehabilitation 15(4), S. 507-524.
- Lucius-Hoene, G. (1998): Erzählen von Krankheit und Behinderung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48, S. 108-113.

- Lucius-Hoene, G. (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 4(3), S. 166-203.
- Luckmann, T. (1988): Persönliche Identität und Lebenslauf - gesellschaftliche Voraussetzungen. In: Brose, H.-G. und Hildenbrand, B. (Hrsg.): *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 73-88.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.L. und Irvin, E. (2006): Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 32(4), S. 257-269.
- Marnetoft, S.U., Selander, J., Bergroth, A. und Ekholm, J. (1999): Vocational rehabilitation - early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. In: *International Journal of Rehabilitation Research* 22(3), S. 161-170.
- Marstedt, G. und Mergner, U. (1993): Chronische Krankheit und Rehabilitation: Zur institutionellen Regulierung von Statuspassagen. In: Leisering, L., Geissler, B., Mergner, U. und Rabe-Kleberg, U. (Hrsg.): *Moderne Lebensläufe im Wandel*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 221-248.
- Martynkewicz, W. (2013): *Das Zeitalter der Erschöpfung*. Berlin: Aufbau Verlag.
- Mayer, K.U., Grunow, D. und Nitsche, N. (2010): Mythos Flexibilisierung? In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 62(3), S. 369-402.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage.
- Meschig, A., Bartel, S. und von Kardorff, E. (2015): Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. In: *Die Rehabilitation* 54(3), S. 184-189.
- Mey, G. und Mruck, K. (2011): Qualitative Interviews. In: Naderer, G. und Balzer, E. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis*. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag, S. 257-288.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Guthlin, C., Patzelt, C. und Stamer, M. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. In: *Das Gesundheitswesen* 74(8-9), S. 510-515.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Miraglia, M. und Johns, G. (2016): Going to Work Ill: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 21(3), S. 261-283.
- Mittag, O., Reese, C. und Meffert, C. (2014a): (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. In: *WSI Mitteilungen* 2, S. 149-155.
- Mittag, O., Reese, C. und Weel, A. (2014b): Was in den Niederlanden anders gemacht wird: Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung: Ein Vergleich der Systeme in den Niederlanden und Deutschland. In: *Soziale Sicherheit* 63(1), S. 9-17.
- Mohr, G. und Richter, P. (2008): Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit und Intervention. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 40-41, S. 25-32.
- Mühling, T. (2008): Minderheiten auf dem Arbeitsmarkt. In: Abraham, M. und Hinz, T. (Hrsg.): *Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 241-262.
- Münk, D. und Schmidt, C. (2012): Diskontinuierliche Bildungs- und Erwerbsbiographien als Herausforderung für die duale Berufsausbildung. In: Bolder, A., Dobischat, R., Kutscha, G. und Reutter, G. (Hrsg.): *Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt*. Springer VS, S. 73-86.

- Naegele, G. (2016): Die Gestaltung der Spätphase des Erwerbsverlaufs – Herausforderungen für eine soziale Lebenslaufpolitik. In: Frerichs, F. (Hrsg.): Altern in der Erwerbsarbeit. Perspektiven der Laufbahngestaltung. Wiesbaden: Springer VS.
- Neckel, S. und Wagner, G. (Hrsg.) (2013): Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Neckel, S. und Wagner, G. (2014): Burnout. Soziales Leiden an Wachstum und Wettbewerb. In: WSI Mitteilungen 7, S. 536-542.
- Nerdinger, F.W., Blickle, G. und Schaper, N. (2014): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 3., vollständig überarbeitete Auflage.
- Nestmann, F. (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken. Die Bedeutung informeller Hilfe und Unterstützung im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In: Sting, S. und Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag, S. 128-146.
- Nisic, N. (2010): Mitgegangen – mitgefangen? Die Folgen von Haushaltsumzügen für die Einkommenssituation von Frauen in Partnerschaften. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 62(3), S. 515-549.
- Nittel, D. (2011): Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens. In: Der pädagogische Blick 2, S. 80 - 89.
- Nuissl, E. (2003): Beschäftigungsfähigkeit in der Region. In: Bredow, A., Dobischat, R. und Rottmann, J. (Hrsg.): Berufs- und Wirtschaftspädagogik von A-Z. Kernfragen und Perspektiven. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Nürnberger, I. (2015): Return to Work - gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Reformbedarf aus gewerkschaftlicher Sicht. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Nyberg, A., Alfredsson, L., Theorell, T., Westerlund, H., Vahtera, J. und Kivimäki, M. (2009): Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. In: Occupational and Environmental Medicine 66(1), S. 51-55.
- Oberfeld, E., Zwahlen, M. und Vogelín, E. (2015): Wiederaufnahme der Arbeit nach traumatischen Handverletzungen: Medizinische, persönliche und arbeitsplatzbezogene Faktoren. In: Handchirurgie-Mikrochirurgie-Plastische Chirurgie 47(1), S. 44-57.
- Oevermann, U. (1981): Fallrekonstruktionen und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch- strukturtheoretischen Analyse. (unveröffentlichtes Manuskript). Frankfurt am Main.
- Ohlbrecht, H. (2005): Zur Identitätsarbeit von chronisch kranken Jugendlichen in der reflexiven Moderne. In: Heilpädagogik online 03, S. 30-54.
- Ohlbrecht, H. (2006): Jugend, Identität und chronische Krankheit. Soziologische Fallrekonstruktionen. Leverkusen: Barbara Budrich Verlag.
- Ohlbrecht, H. (2016): Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In: Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 71-87.
- Ohlbrecht, H. und Bartel, S. (2012): Bewältigung von Krankheit und Stress. Stress und Bewältigung im Kontext des Lebens mit bedingter Gesundheit (Studienbrief: Health Care Studies) Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.
- Olbrich, D., Beblo, A. und Pässeik-Hartmann, D. (2010): Zur Bedeutung des Work Ability Index (WAI) im GUSI-Präventionsprogramm für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen. In: Praktische Arbeitsmedizin 21, S. 40.
- Olos, L. (2011): Doppel- und mehrgleisige Berufsverläufe als Erwerbsbiografien der Zukunft? Theoretische und empirische Analysen am Beispiel der Profession Psychologie. Hamburg: dpv.

- Pangert, B., Dunkel, W. und Menz, W. (2011): Auch das noch!? Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In: Kratzer, N., Dunkel, W., Becker, K. und Hinrichs, S. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin: edition sigma, S. 215 – 236.
- Paridon, H. (2012): Berufsbedingte Mobilität. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 79-88.
- Pärl, K. und Naguib, T. (2013): Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2008): Unsicherheiten im Lebensverlauf um 1900 und um 2000. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 33-34, S. 25-31.
- Pfaff, H. (1989): Streßbewältigung und soziale Unterstützung: zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- Pfaff, H. (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2009. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Pfeffer, S. (2010): Krankheit und Biographie: Bewältigung von chronischer Krankheit und Lebensorientierung Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pirker-Binder, I. (2016): Prävention von Erschöpfung in der Arbeitswelt: Betriebliches Gesundheitsmanagement, interdisziplinäre Konzepte, Biofeedback. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Pohrt, A., Seiffert, I. und Möhner, M. (2012): Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit und arbeitsbedingten psychischen Faktoren. In: Prävention und Gesundheitsförderung 7, S. 286-294.
- Pointner, S. und Hinz, T. (2008): Mobilität im Arbeitsmarkt. In: Abraham, M. und Hinz, T. (Hrsg.): Arbeitsmarktsociologie: Probleme, Theorien, empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 99-132.
- Pongratz, H.J. und Voß, G. (2003): Berufliche Sicherheit und Spaß an Herausforderung – Erwerbsorientierungen in Gruppen- und Projektarbeit. In: WSI Mitteilungen 4, S. 228-234.
- Pongratz, H.J. und Voß, G.G. (2001): Erwerbstätige als „Arbeitskraftunternehmer“. Unternehmer ihrer eigenen Arbeitskraft? In: Sozialwissenschaftliche Information 30(4), S. 42–52.
- Pongratz, H.J. und Voß, G.G. (2004): Typisch Arbeitskraftunternehmer? Befunde der empirischen Arbeitsforschung. Berlin: edition sigma.
- Preißer, R. (2002): Möglichkeiten zur beruflichen Neuorientierung angesichts diskontinuierlicher Erwerbsbiographien. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/preisser02_01.pdf (abgerufen: 19.06.2006).
- Pschyrembel, W. (2014): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Berlin: De Gruyter. 266. Auflage.
- Rau, R. (2015): Risikobereiche für psychische Belastungen. iga.Report 31. Berlin: BKK DV, DGUV, AOK-BV, vdek.
- Rauch, A. und Dornette, J. (2007): Folgen des SGB II. IAB-Studie: Gravierende Änderungen in der beruflichen Rehabilitation. In: Rehavision. Chancen und Perspektiven der Beruflichen Rehabilitation 2, S. 4.
- Rauch, A., Dornette, J., Schubert, M. und Behrens, J. (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. In: IAB-Kurzbericht 25, S. 1-8.

- Reims, N. und Bauer, U. (2015): Labour Market Status and Well-Being in the Context of Return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany. In: Journal of Occupational Rehabilitation 25(3), S. 543-556.
- Reutter, G. (2008): Identitätsentwicklung unter flexiblen Arbeitsverhältnissen. Erweiterte Fassung des Vortrags anlässlich der Jahrestagung zur Biographiearbeit im Bildungszentrum St. Virgil/Salzburg im Juni 2008. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. www.die-bonn.de/doks/reutter0801.pdf (abgerufen: 16.06.2006).
- Rhein, T. (2009): "Working poor" in Deutschland und den USA. Arbeit und Armut im transatlantischen Vergleich. In: IAB-Kurzbericht 1, S. 1-8.
- Richter, M.T. (2015): Die narrative Anamnese im Rahmen einer biographischen Diagnostik im pflegerischen Setting der kardiologischen Rehabilitation. Eine konzeptuelle Entwicklung. Band 4: Pflegeforschung. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Riley, M.W. und Riley, J.W. (1994): Structural Lag: Past and Future. In: Riley, M.W., Kahn, R.L. und Foner, A. (Hrsg.): Age and Structural Lag. New York: John Wiley & Sons, S. 15-36.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- Rohmert, W. und Rutenfranz, J. (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Rosendahl, A. und Wahle, M. (2012): Erosion des Berufes: Ein Rückblick auf die Krisenszenarien der letzten vierzig Jahre. In: Bolder, A., Dobischat, R., Kutscha, G. und Reutter, G. (Hrsg.): Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt. Springer VS, S. 25-47.
- Rosenthal, G. (2005): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Rotter, J.B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs 80(1), S. 1-28.
- Sackmann, R. (2013): Lebenslaufanalyse und Biografieforchung: Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS. 2. Auflage.
- Sacks, H., Schegloff, E. und Jefferson, G. (1974): A Simplest Systematics for the Organisation of Turn-Taking in Conversation. In: Language 50(4), S. 696-735.
- Sargirli, A., Kausch, B. (2007): Stichwort Leistungsfähigkeit. In: Landau, K. (Hrsg.): Lexikon Arbeitsgestaltung - Best Practice im Arbeitsprozess. Wiesbaden: Universum Verlag, S. 787-790.
- Sauer, D. (2012): Entgrenzung – Chiffre einer flexiblen Arbeitswelt – Ein Blick auf den historischen Wandel von Arbeit. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 3-13.
- Schaefer, E., Drexler, H. und Kiesel, J. (2016): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. In: Das Gesundheitswesen 78(3), S. 161-165.
- Schaeffer, D. (2002): Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In: Schaeffer, D. und Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 13-31.
- Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung: Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39(3), S. 192-201.

- Schaeffer, D. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: *Pflege & Gesellschaft* 13(1), S. 6-31.
- Schaeffer, D. (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf - Einleitung. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 7-14.
- Schaeffer, D. und Moers, M. (2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber Verlag, S. 111-132.
- Schaefer, H., Kühn, T. und Witzel, A. (2000): Diskontinuierliche Erwerbskarrieren und Berufswechsel in den 1990ern: Strukturmuster und biografische Umgangsweisen betrieblich ausgebildeter Fachkräfte. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 33(1), S. 80-100.
- Scheidt-Nave, C. (2010): Chronische Erkrankungen–Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit. In: *Public Health Forum* 18(66), S. 2.e1-2.e4.
- Scheier, M.F. und Carver, C.S. (2003): Self-regulatory processes and responses to health threats: Effects of optimism on well-being. In: Suls, J. und Wallsto, K.A. (Hrsg.): *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden: Blackwell Publishing, S. 395-428.
- Schiek, D. (2010): *Aktivisten der Normalbiographie. Zur biographischen Dimension prekärer Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, C. (2015): In: *Berufliche Rehabilitation*. In: Weber, A., Peschkes, L. und de Boer, W.E.L. (Hrsg.): *Return to Work - Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag, S. 409-437.
- Schoeller, A.E. (2010): Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit Allgemeinmedizinerinnen und anderen Fachärzten. In: Kraus, T., Letzel, S. und Nowak, D. (Hrsg.): *Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Praxis, Klinik und Betrieb*. Heidelberg: ecomed MEDIZIN, S. 34-57.
- Schoon, I., Martin, P. und Ross, A. (2007): Career transitions in times of social change. His and her story. In: *Journal of Vocational Behavior* 70, S. 78–96.
- Schreiber, R. und Söll, M. (2014): Berufsorientierung als kontinuierliche Entwicklungsaufgabe – Eine empirische Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Berufsbiographien und Berufsorientierung. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik online* 27. www.bwpat.de/ausgabe27/schreiber_soell_bwpat27.pdf (abgerufen: 19.06.2016).
- Schröder, K.E.E. und Schwarzer, R. (1997): Bewältigungsressourcen. In: Tesch-Römer, C., Salewski, C. und Schwarz, G. (Hrsg.): *Psychologie der Bewältigung*. Weinheim: Beltz Verlag, S. 174-195.
- Schubert, M., Behrens, J., Hauger, M., Hippmann, C., Hobler, D., Höhne, A., Schneider, E. und Zimmermann, M. (2007): Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II - Eine qualitative Implementationsstudie. In: Dornette, J. und Rauch, A. (Hrsg.): *Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II*, (IAB-Bibliothek, 309). Nürnberg: IAB, S. 7-83.
- Schüpbach, H. (2012, im Erscheinen): Partizipatives Gesundheitsmanagement - Eine arbeits- und organisationspsychologische Perspektive. In: Kratzer, N., Dunkel, W. und Peters, K. (Hrsg.): *Partizipatives Gesundheitsmanagement - Leistungspolitik, Gesundheit, Beteiligung*.
- Schütze, F. (1981): Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: Pfeifenberger, A. und Stosberg, M. (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, S. 67-156.

- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis* 13(3), S. 283-293.
- Schütze, F. (2006): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H. und Marotzki, W. (Hrsg.): *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 205-238.
- Schwarzer, R. und Knoll, N. (2007): Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. In: *International Journal of Psychology* 42(4), S. 243 - 252.
- Sczesny, C., Keindorf, S., Droß, P. und Jasper, G. (2014): Kenntnisstand von Unternehmen und Beschäftigten auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. Dortmund, BAuA.
- Seel, H. (2015): Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Plattform für Dialog, Koordination, Kooperation und Vernetzung im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Semmer, N.K. und Meier, L.L. (2014): Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. und Moser, K. (Hrsg.): *Lehrbuch Organisationspsychologie*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber Verlag, S. 559-604.
- Sennett, R. (1999): *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*. New York, London: Norton & Company.
- Sieg, A. (2016): Der „Arbeitskraftunternehmer“. In: Hepp, R., Riesinger, R. und Kergel, D.: *Verunsicherte Gesellschaft. Prekarisierung auf dem Weg in das Zentrum*, Springer VS, S. 239-252.
- Siegrist, J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Siemund, S. (2013): *Arbeitszufriedenheit in der Zeitarbeit. Eine pädagogische Analyse*. Wiesbaden, Springer VS.
- Soberg, H.L., Roise, O., Bautz-Holter, E. und Finset, A. (2011): Returning to work after severe multiple injuries: multidimensional functioning and the trajectory from injury to work at 5 years. In: *The Journal of Trauma* 71(2), S. 425-434.
- Statistisches Bundesamt (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2014): *Auf dem Weg zur Gleichstellung? Bildung, Arbeit und Soziales – Unterschiede zwischen Frauen und Männern*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015a): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden, destatis.
- Statistisches Bundesamt (2015b): *Statistisches Jahrbuch 2015*. Wiesbaden: Destatis.
- Stegmann, W. (2000): Die Macht der Angst. In: Badura, B., Litsch, M. und Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Heidelberg: Springer Verlag, S. 129-141.
- Steinke, I. (2012): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U., Kardorff, E.v. und Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 9. Auflage. Hamburg: Rowohlt Verlag, S. 319-331.
- Steinke, M. und Badura, B. (2011): *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: BAuA.
- Strauss, A.L. (1978): A Social World Perspective. In: *Studies in Symbolic Interaction* 1, S. 119-128.
- Strauss, A.L. (1993): *Continual Permutations of Action*. New York: Aldine De Gruyter.

- Strauss, A.L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink Verlag. 2. Auflage.
- Strauss, A.L. und Corbin, J.M. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag.
- Strauss, A.L. und Corbin, J.M. (1998): Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks, CA: SAGE Publishing.
- Streibelt, M. und Egner, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: Rehabilitation 52(2), S. 111-118.
- Strübing, J. (2010): Grounded Theory. Ein pragmatistischer Forschungsstil für die Sozialwissenschaften. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online (EEO) 38 (DOI 10.3262/EEO0700115).
- Strübing, J. (2011): Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselm Strauss. In: Mey, G. und Mruck, K. (Hrsg.): Grounded Theory-Reader. Positionen und Kontroversen zur Grounded Theory Methodologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 261-277.
- Struck, O. (2001): Gatekeeping zwischen Individuum, Organisation und Institution. In: Leisering, L., Müller, R. und Schumann, K.F. (Hrsg.): Institutionen und Lebensläufe im Wandel. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 29-54.
- Techniker Krankenkasse (TK) (2008): Gesundheit in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung. Hamburg: TK.
- Thibaut, J. und Walker, L. (1975): Procedural Justice: A Psychological Analysis. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Thielen, H. und Budde, H.G. (1978): Ein Beitrag zur Erfassung der subjektiven Bedeutung einer gravierenden Veränderung der individuellen Lebenssituation. In: Psychologische Beiträge 20, S. 115-128.
- Thomas, W. I. und Znaniecki, F. (1918-1920): The Polish Peasant in Europe and America. Monograph of an Immigrant Group (Bd. 1 1918, Bd. 2 1918, Bd. 3 1919, Bd. 4 1920, Bd. 5 1920). Boston, Gorham Press.
- Thomsen, S., Haaren-Giebel, F.v., John, K. und Thiel, H. (2015): Risiken verschiedener atypischer Beschäftigungsformen für die berufliche Entwicklung und das Erwerbseinkommen im Lebenslauf. Berlin: BMAS.
- Thyen, U., Szczepanski, R., Krötz, V. und Kuske, M. (2009): Chronische Gesundheitsstörungen. In: Schlag, H.-G., Kries, R.v. und Thyen, U. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Heidelberg: Springer Verlag, S. 189-232.
- Troschke, J.v. (2003): Leben mit chronischer Krankheit. In: Public Health Forum 11(38), S. 15.
- Udris, I. (2006): Salutogenese in der Arbeitswelt - Ein Paradigmenwechsel? In: Wirtschaftspsychologie 2/3, S. 4-13.
- Ulich, E. und Wülser, M. (2015): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Van Lierop, B. und Nijhuis, F. (2000): Assessment, education and placement: an integrated approach to vocational rehabilitation. In: International Journal of Rehabilitation Research 23(4), S. 261-269.
- Vester, M. (2009): Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45, S. 36-56.

- Virtanen, M., Nyberg, S.T., Batty, G.D., Jokela, M., Heikkilä, K., Fransson, E.I., Alfredsson, L., Björner, J.B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Elovainio, M., Erbel, R., Ferrie, J.E., Hamer, M., Jockel, K.H., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Koskinen, A., Lunau, T., Madsen, I.E., Nielsen, M.L., Nordin, M., Oksanen, T., Pahkin, K., Pejtersen, J.H., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Shipley, M.J., Siegrist, J., Steptoe, A., Suominen, S.B., Theorell, T., Toppinen-Tanner, S., Vaananen, A., Vahtera, J., Westerholm, P.J., Westerlund, H., Slopen, N., Kawachi, I., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M. und Consortium, I.P.-W. (2013): Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. In: *The BMJ* 347(f4746).
- Virtanen, M., Stansfeld, S., Fuhrer, R., Ferrie, J.E. und Kivimäki, M. (2012): Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. In: *PloS ONE* 7(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030719>.
- Virtanen, P., Nakari, R., Ahonen, H., Vahtera, J. und Pentti, J. (2000): Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. In: *Social Science & Medicine* 50(1), S. 27-39.
- Voges, W. (1987): Sozialforschung auf der Grundlage einer Lebenslaufperspektive. In: Voges, W. (Hrsg.): *Methoden der Biographie- und Lebenslauforschung*. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 9-21.
- Volanen, S.M., Lahelma, E., Silventoinen, K. und Suominen, S. (2004): Factors contributing to sense of coherence among men and women. In: *European Journal of Public Health* 14(3), S. 322-330.
- Vonderach, G. (1997): Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. In: *IAB: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30(2), S. 374-382.
- Vonderach, G., Herrmann, V. und Beyer, E. (1996): *Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. Eine empirisch-soziologische Untersuchung in Berufsförderungswerken*. Münster: LIT Verlag.
- Voß, G. (1998): Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 31(3), S. 473-487.
- Wadell, G. und Burton, A.K. (2006): *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office (TSO).
- Walker, D. und Myrick, F. (2006): Grounded Theory: An exploration of process and procedure. In: *Qualitative Health Research* 16(4), S. 547-559.
- Waller, H. und Blättner, B. (2011): *Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Wanger, S. (2015): Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Traditionelle Erwerbs- und Arbeitszeitmuster sind nach wie vor verbreitet. In: *IAB-Kurzbericht* 4, S. 1-8.
- Wapler, R., Werner, D. und Wolf, K. (2014): Active labour-market policies in Germany. Do regional labour markets benefit? IAB-Discussion Paper, 28. Nürnberg: IAB.
- Wasiak, R., Young, A.E., Roessler, R.T., McPherson, K.M., van Poppel, M.N.M. und Anema, J.R. (2007): Measuring return to work. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 17(4), S. 766-781.
- Watzke, A.M. (2010): Die Bedeutung einer beruflichen Umschulungsmaßnahme im Lebenslauf von Frauen mit Behinderungen im Erwachsenenalter. Eine qualitativ-empirische Studie zur beruflichen Neuorientierung im Rahmen des beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ) Wien. Wien: Diplomarbeit. <http://othes.univie.ac.at/9477/> (abgerufen: 31.03.2016).
- Weber, A., Peschkes, L. und de Boer, W.E.L. (2015): Return to Work (RTW) - Begriffsbestimmung und Hintergrund. In: Weber, A., Peschkes, L. und de Boer, W.E.L.

- (Hrsg.): Return to Work - Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Gentner Verlag, S. 23-34.
- Weichel, J. (2012): Ressourcen und Belastungen in der Berufsbiografie. Kassel: Kassel University Press.
- Wilde, B., Dunkel, W., Hinrichs, S. und Menz, W. (2009): Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J. und Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer Verlag, S. 147 – 155.
- Wilke, C., Elis, T., Biallas, B. und Froböse, I. (2015): Gesundheitsbedingte Leistungseinbußen bei der Arbeit durch Präsentismus. In: Prävention und Gesundheitsförderung 10(1), S. 35-40.
- Wilson, T.P. (1980): Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1+2. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 54–79.
- Wippermann, C., Arnold, N., Möller-Slawinski, H., Borchard, M. und Marx, P. (2011): Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. und Steinhausen, H.C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21(9), S. 655-679.
- Wolf, R. (2005): Biographische Darstellungen in der Renten-Beratung - Eine gesprächsanalytische Untersuchung mit Schlussfolgerungen für die Aus- und Weiterbildung. In: Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 6, S. 245-304.
- Wolf-Kühn, N. und Morfeld, M. (2016): Rehabilitationspsychologie. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Woolf, A.D., Erwin, J. und March, L. (2012): The need to address the burden of musculoskeletal conditions. In: Best Practice & Research: Clinical Rheumatology 26(2), S. 183-224.
- Wrosch, C. und Freund, A. (2001): Self-regulation of normative and non-normative developmental challenges. In: Human Development 44, S. 264– 283.
- Wuppinger, J. und Rauch, A. (2010): Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Rahmen beruflicher Rehabilitation. Maßnahmeteilnahme, Beschäftigungschancen und Arbeitslosigkeitsrisiko. In: IAB-Forschungsbericht 1/2010.
- Wüstner, K. (2005): Burnout bei Arbeitslosen. In: Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik 14(2), S. 131-146.
- Young, A.E. (2014): Return to Work Stakeholders' Perspectives on Work Disability. In: Loisel, P. und Anema, J.R. (Hrsg.): Handbook of Work Disability. New York: Springer Verlag, S. 409-426.
- Zeidler, R., Burr, H., Pohrt, A. und Hasselhorn, H.M. (2015): Arbeit und Gesundheit. Eine Übersicht relevanter Datensätze für Deutschland. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 3, S. 149-160.
- Zirke, N., Schmid, G., Mazurek, B., Klapp, F. und Rauchfuss, M. (2007): Antonovsky's Sense of Coherence in psychosomatic patients - a contribution to construct validation. In: Psycho-social Medicine 4, S. Doc03.

- Zok, K. (2008): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura, B., Schröder, H. und Vetter, C.: Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg, Springer Verlag, S. 121-144.

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der von mir eingereichten Arbeit um eine von mir selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasste Arbeit handelt.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich sämtliche in der oben genannten Arbeit verwendeten fremden Quellen, auch aus dem Internet (einschließlich Tabellen, Grafiken u. Ä.) als solche kenntlich gemacht habe. Insbesondere bestätige ich, dass ich ausnahmslos sowohl bei wörtlich übernommenen Aussagen bzw. unverändert übernommenen Tabellen, Grafiken o. Ä. (Zitaten) als auch bei in eigenen Worten wiedergegebenen Aussagen bzw. von mir abgewandelten Tabellen, Grafiken o.Ä. anderer Autorinnen und Autoren die Quelle angegeben habe.

Mir ist bewusst, dass Verstöße gegen die Grundsätze der Selbstständigkeit als Täuschung betrachtet und entsprechend geahndet werden.

Ort, Datum

Unterschrift